PAULO CAPEL NARVAI
PAULO FRAZÃO

TEMAS EM SAÚDE

SAÚDE BUCAL NO BRASIL
MUITO ALÉM DO CÉU DA BOCA

EDITORA
FIOCRUZ

Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca

Paulo Capel Narvai
Paulo Frazão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NARVAI, P. C., and FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil*: muito além do céu da boca [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, 148 p. Temas em Saúde collection. ISBN 978-85-7541-363-0. https://doi.org/10.7476/9788575413630.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

Saúde Bucal no Brasil:
muito além do céu da boca

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Presidente
Paulo Marchiori Buss
Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação
Maria do Carmo Leal

EDITORA FIOCRUZ
Diretora
Maria do Carmo Leal
Editor Executivo
João Carlos Canossa Mendes
Editores Científicos
Nísia Trindade Lima
Ricardo Ventura Santos
Conselho Editorial
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Gerson Oliveira Penna
Gilberto Hochman
Lígia Vieira da Silva
Maria Cecília de Souza Minayo
Maria Elizabeth Lopes Moreira
Pedro Lagerblad de Oliveira
Ricardo Lourenço de Oliveira

Coleção Temas em Saúde
Editores Responsáveis
Maria do Carmo Leal
Nísia Trindade Lima
Ricardo Ventura Santos

PAULO CAPEL NARVAI
PAULO FRAZÃO

SAÚDE BUCAL NO BRASIL:
MUITO ALÉM DO CÉU DA BOCA

EDITORA
FIOCRUZ

Copyright © 2008 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 978-85-7541-155-1

Capa, projeto gráfico e editoração
Carlota Rios

Revisão
Irene Ernest Dias

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

N318s Narvai, Paulo Capel
Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.
/ Paulo Capel Navai; Paulo Frazão. Rio de Janeiro:
Editora Fiocruz, 2008.
148 p. (Coleção Temas em Saúde)

1. Saúde Bucal. 2. Boca Edentada. 3. Atenção à Saúde. 4.
Direito à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde.
I. Frazão, Paulo. II. Título. III. Série.

CDD - 21.ed. – 617.601

2008
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels.: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

A todos os homens e mulheres que contribuem para a produção social da saúde bucal e, recusando-a como privilégio, lutam para torná-la um direito humano em nosso país

Sumário

Apresentação 9

1. Saúde Bucal 17

2. Problemas de Saúde Bucal 21

3. Mutilação Dentária e Percepção da Saúde Bucal 47

4. Modelos de Atenção à Saúde Bucal 57

5. Saúde Bucal: direito? 73

6. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde 89

7. Algumas Palavras sobre o Futuro 129

8. Referências 141

9. Sugestões de Leituras 145

Apresentação

Embora as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) tenham sido instituídas no Brasil em 1937 e se realizem desde 1941, e mesmo considerando sua importância para a organização do setor, não é comum que o presidente da República participe das sessões de abertura desses eventos. Mas há exceções. Uma delas ocorreu em 1986, por ocasião da histórica 8ª CNS, coordenada por Sergio Arouca, cuja abertura teve a presença de José Sarney, que, havia um ano, tomara posse na Presidência, no lugar de Tancredo Neves.

Duas décadas se passaram até que, em novembro de 2007, Luiz Inácio Lula da Silva compareceu à solenidade de abertura da 13ª CNS. Em sua fala, o presidente da República mencionou, entre outros aspectos: a) o acúmulo de carências do país ("é de tal magnitude que quanto mais nós trabalhamos, mais nós descobrimos por quanto tempo tantos governantes ficaram sem fazer a lição de casa neste país. Se cada um, historicamente, tivesse feito a sua parte, a somatória dessas pequenas realizações, quem sabe, permitisse que nós tivéssemos um programa de saúde à altura das necessidades do nosso povo brasileiro"); b) a importância do Sistema Único de Saúde – SUS ("a maioria da população brasileira só tem acesso [aos serviços de saúde] porque o SUS garante (...) o que vale é melhorar a qualidade da saúde

do povo brasileiro, e o SUS é a melhor oportunidade que a gente tem de conseguir isso"); e, também, c) a saúde bucal: "Quando nós chegamos aqui em 2003, o Brasil contava com 4.261 equipes de saúde bucal beneficiando 26 milhões e 170 mil pessoas, em 2.302 municípios. (...) Atualmente, graças ao Programa Brasil Sorridente, o país conta com 15.934 equipes implantadas, beneficiando, teoricamente (*sic*), 77 milhões e 164 mil pessoas, em 4.418 municípios deste país. Temos, portanto, 274% a mais de equipes, e mais 50 milhões e 994 mil pessoas recebendo atendimento".

Contrasta com a fala de Lula a situação observada em 1941. Quando se realizou naquele ano a 1ª CNS, os organizadores apresentaram um questionário com 106 perguntas aos responsáveis pela saúde pública nas unidades federativas. Em três perguntas havia referência a problemas do âmbito odontológico. Na pergunta 51 indagava-se: "Há no Estado serviços de assistência médica e dentária para os escolares? Ou existe simplesmente inspeção médica escolar?". Na questão 79, perguntava-se: "Dispõe o Estado de um aparelho especial destinado à fiscalização do exercício das profissões de médico, farmacêutico, dentista, e outras da mesma natureza?". E, nessa linha de preocupações, a questão 80 inquiria: "Há no Estado gabinetes dentários dirigidos por dentistas não diplomados? Quantos? Onde estão localizados?". O sentido das perguntas é claro quanto ao principal objeto de preocupação das autoridades sanitárias da época: os "gabinetes dentários" dirigidos por pessoal não qualificado, pois eram vistos como fatores de risco à saúde da população, na medida em que se constituíam em lugares com alto potencial para produzir infecção sistêmica. Havia, então, para

eliminar ou diminuir esse risco, que dotar as instituições do Estado de órgãos especialmente destinados a "fiscalizar o exercício" da profissão de dentista.

Sessenta e seis anos depois, o tom é outro: a "saúde bucal", transformada em conteúdo de fala presidencial em uma abertura de conferência de saúde, é mencionada em termos de "equipe de saúde bucal" e "beneficiando" algumas dezenas de milhões de brasileiros.

O que separa esses dois momentos?

Neste livro buscamos oferecer elementos que ajudem o leitor a produzir uma resposta a tal indagação. O leitor terá acesso, ademais, ao que disse o presidente Lula sobre dentistas e saúde bucal na abertura da 13ª CNS.

O conteúdo da fala presidencial na 13ª CNS guarda conexão, também, com outra conferência nacional de saúde. Esta, específica sobre saúde bucal. No período entre março e julho de 2004, cerca de noventa mil brasileiros, em todas as regiões do país, dedicaram muitas e muitas horas à discussão de assuntos relacionados com o tema "Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social". Este foi o tema central da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), cuja etapa nacional reuniu, em Brasília, de 29 de julho a 1 de agosto de 2004, 883 delegados eleitos em conferências realizadas em 26 estados e no Distrito Federal. Esses delegados eram representantes dos usuários dos serviços de saúde (447), dos trabalhadores da saúde (228) e dos gestores e prestadores de serviços de saúde (208). Nessas 27 conferências que precederam a etapa nacional, os participantes analisaram propostas relativas à saúde bucal aprovadas em 2.542 conferências municipais ou regionais.

Nunca antes tanta gente, representativa de tantos segmentos, havia se ocupado de aspectos relacionados com a saúde bucal dos brasileiros. Segundo o Ministério da Saúde (MS), 83.978 pessoas participaram diretamente das atividades nas etapas municipal e regional, estadual e nacional, com o objetivo de discutir e aprovar um conjunto de propostas que a sociedade e o Estado pudessem traduzir em ações para enfrentar os problemas de saúde nesta área, identificando meios e recursos e definindo estratégias para superá-los. O relatório final da 3ª CNSB (disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php) contém 298 propostas com essa finalidade.

Que propostas são essas? Por que saúde bucal foi capaz de mobilizar, de modo organizado e simultâneo, o interesse de quase cem mil pessoas no Brasil? Quais são os problemas nesta área que levaram tanta gente a se ocupar do assunto? O que, afinal, a sociedade e as autoridades públicas têm a ver com isso?

Um bom ponto de partida para buscar respostas a essas questões está em um trecho que escrevemos para a abertura do relatório final da 3ª CNSB, onde se lê que, no dia-a-dia das nossas cidades e na zona rural, muitas imagens expressam o quanto desigualdades sociais humilham, degradam e fazem sofrer milhões de pessoas. São imagens cruéis, expressão e símbolo da chaga da exclusão social. Muitas dessas imagens são do corpo humano, entre elas imagens de bocas e dentes. As condições dentárias são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país.

A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidos fortemente, dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nesta área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República.

Neste *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*, buscamos compreender a saúde bucal em suas várias dimensões, transitando do biológico ao social e ao psicológico e analisando suas implicações políticas. Pretendemos, além de possibilitar a compreensão dos problemas desta área no contexto do sistema e das políticas de saúde no Brasil, que o leitor possa dispor de elementos para exercitar a crítica das ações desenvolvidas nesse âmbito e, também, participar de modo qualificado dos processos de tomada de decisões envolvendo a saúde bucal e a produção do cuidado em saúde bucal. Em tal cenário, tanto particulares – pessoas físicas e empresas – quanto o Estado tomam iniciativas e desenvolvem ações, de alcance individual e coletivo, que impactam fortemente a saúde bucal da população. É preciso conhecer as características e as implicações dessas ações para agir com segurança e lograr a produção social da saúde – no nosso caso, da saúde bucal.

Aqui reunimos e analisamos documentos de várias origens e finalidades, e declarações relativas aos processos que levaram à

instituição de uma política nacional de saúde bucal que, marcada por conflitos e contradições, tem produzido respostas às necessidades dos brasileiros e despertado interesse, não apenas de profissionais da área odontológica, dentro e fora do país. Também colocamos em questão a potência dessas respostas para mudar o quadro presente. O conflito fundamental que caracteriza a política de saúde bucal em curso no Brasil na primeira década do século XXI é travado entre as correntes que identificamos como 'saúde bucal coletiva' e 'odontologia de mercado'. Ambas procuram influir sobre os rumos dessa política pública. O leitor encontrará, neste livro, as concepções fundamentais que caracterizam uma e outra, compreendendo por que tais idéias se opõem frontalmente – e por que a odontologia de mercado é hegemônica. Esclarecemos que boa parte do que se encontrará nas próximas páginas não constitui material inédito, pois foi publicado, de diferentes formas, em diferentes veículos nos últimos anos.

Basicamente, nosso trabalho foi sistematizar esse material procurando fazer isto segundo um fio condutor, de modo que o que estava disperso pudesse fazer sentido ao ser reunido em um texto como este. Ao fazê-lo, levamos em conta o ensinamento de Nelson Rodrigues. Conta-se que, aos que o acusavam de se repetir, o cronista e dramaturgo costumava retrucar: "Ora, tudo o que se publica uma única vez permanece rigorosamente inédito!". Assim, ao reiterar neste livro algumas noções e conceitos que desenvolvemos nos últimos anos e que nos parecem relevantes para a teoria da saúde coletiva, o fazemos reconhecendo a importância de ampliar sua divulgação. Mas trazemos, também, documentos não publicados e formulações originais.

Dadas as características editoriais desta coleção Temas em Saúde, procuramos produzir um texto ágil, sem figuras e tabelas e, também, com poucas citações. Contudo, certamente que nos baseamos em autores com credibilidade no meio acadêmico, brasileiros e estrangeiros, sem os quais nosso trabalho não teria sido possível. Aproveitamos para expressar-lhes nossa gratidão. Agradecemos também a Marco Manfredini pela revisão do original e por suas valiosas sugestões. Nossa intenção foi, portanto, produzir um livro útil tanto aos especialistas quanto aos leitores não familiarizados com a área, que possa contribuir para o esclarecimento do contexto brasileiro relacionado com a saúde bucal.

Procuramos enfatizar, entre outros, os principais aspectos do quadro epidemiológico, a evolução histórica das ações desenvolvidas no setor, as proposições que surgiram na esfera pública, o Programa Brasil Sorridente e, no final, lançamos um olhar para o futuro, fazendo considerações sobre o porvir da saúde bucal e da prática odontológica. Aos que queiram ler mais sobre saúde bucal oferecemos uma lista de publicações que recomendamos – e que nos auxiliaram neste trabalho. Alguns sítios eletrônicos na rede mundial de computadores foram indicados nos diferentes capítulos e se constituem em fontes adicionais de informação. Nossa expectativa é que este livro possa ajudar estudantes, profissionais da saúde – incluindo o pessoal odontológico, dentistas e auxiliares –, especialistas em saúde pública, conselheiros e autoridades da Saúde, e outros, na compreensão dos problemas de saúde bucal em uma perspectiva de saúde pública e, sobretudo, no processo de tomada de decisões necessárias para melhorar a situação do país no setor, considerando o nosso contexto político e institucional no início do século XXI.

1 | Saúde Bucal

Ao falar na solenidade de abertura da 13ª CNS, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva ora se atinha ao texto preparado por sua assessoria, ora improvisava. Como costuma acontecer em situações desse tipo, os momentos de improviso são muito significativos, pois reveladores de concepções que os 'filtros' de assessores não conseguem reter. Ao falar de saúde bucal, Lula improvisou em vários momentos. Em um desses momentos indagou: "Sabe por que o Brasil nunca levou a sério a questão odontológica, a questão da saúde bucal, como questão de saúde pública? Nunca levou a sério porque a impressão que eu tenho...".

Antes de conhecer a opinião do presidente, cabe um parêntese sobre saúde bucal. Quando alguém fala em 'saúde bucal', como fez Lula, está se referindo, exatamente, a quê?

Nas conversas do dia-a-dia, a expressão 'saúde bucal' é utilizada, de modo coloquial, como se não necessitasse de maiores explicações sobre o que significa. Em certos círculos ela aparece também como 'saúde oral', 'saúde dos dentes' ou, ainda 'saúde bucodentária', entre outras denominações. Cabe assinalar, porém que, para Chaves (1960), o conceito de saúde bucal – e suas variantes – é uma abstração útil, pois, a rigor, saúde é um estado do indivíduo, que não pode subsistir como 'saúdes' parciais dos diversos órgãos e sistemas. Temos ponderado, contudo, que essa abstração referida por Chaves é útil... às vezes, pois na maioria das situações a saúde bucal não é considerada uma simples

abstração. Não é vista e compreendida como uma expressão que tem finalidade meramente didática e/ou classificatória, útil para auxiliar na comunicação tanto entre especialistas como entre leigos. Na maioria das vezes, ao contrário, a 'saúde bucal' é vista, efetivamente, como algo à parte – como "coisa de dentistas". Lamentavelmente, tanto profissionais da odontologia, de um lado, quanto das demais áreas da saúde, de outro, não a tratam, em suas práticas cotidianas, como uma abstração útil, mas como algo de fato separado.

E que 'algo' à parte é esse?

Saúde bucal corresponde a um conjunto de condições, objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição e fonação e, também, pela dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento. Essas condições devem corresponder à ausência de doença ativa em níveis tais que permitam ao indivíduo exercer as mencionadas funções do modo que lhe pareça adequado e lhe permita sentir-se bem, contribuindo desta forma para sua saúde geral.

A saúde bucal foi também conceituada, de modo abrangente, pelos participantes da 2ª CNSB, realizada em 1993. Na ocasião foi entendida como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, relacionando-se diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, com os serviços de saúde e a informação.

Nessa mesma direção vai o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que destaca que saúde bucal é muito mais do que ter bons dentes, abrangendo o

denominado complexo craniofacial, constituído pelas estruturas e tecidos dentários, bucais, faciais e do crânio. Para a OMS, a saúde bucal é parte da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas, e implica estar livre de dor orofacial crônica, de câncer de boca e faringe, de alterações nos tecidos moles da boca (língua, gengivas e mucosa oral), de defeitos congênitos como lesões e fissuras de lábio e/ou palato e de outras enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial. A saúde bucal possibilita, segundo a OMS, falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais. A OMS destaca ainda que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Ademais, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida.

Constata-se, então, que 'saúde bucal' é um conceito relativamente complexo que não pode ser reduzido à 'saúde dos dentes', ou a considerações sobre uma ou duas enfermidades, definidas arbitrariamente.

De modo geral, tanto as pessoas quanto os profissionais da odontologia crêem que a saúde bucal é resultante do trabalho cotidiano realizado nas clínicas odontológicas, seja no setor privado, seja no setor público. É um engano, se levarmos em conta o conceito de saúde bucal que apresentamos. Por certo que o trabalho odontológico é relevante, resolve problemas individuais, sendo, portando, justamente reconhecido pelos que o utilizam. Mas, em termos populacionais, a saúde bucal resulta de uma gama enorme de fatores – biológicos, psicológicos e sociais –, conforme registraram os participantes da 2ª CNSB.

Vale a pena assinalar que o acesso aos serviços de saúde foi considerado como um desses fatores, e não o único. É muito importante ter em conta essa característica da saúde bucal, pois freqüentemente as ações no setor são reduzidas, quase que exclusivamente, aos aspectos assistenciais, e a denominada 'prática odontológica' fica restrita aos procedimentos clínico-cirúrgicos, portanto individuais. Tal prática ocupa-se, como se verá a seguir, das incapacidades bucais, dimensão para a qual apresenta grande potencial de solução de problemas e satisfação das pessoas. Mas 'saúde bucal' e 'capacidade bucal' são coisas bem diferentes.

2 | Problemas de Saúde Bucal

A saúde-doença na boca envolve aspectos objetivos e subjetivos e decorre, conforme assinalado, de um complexo causal no qual estão envolvidas muitas variáveis. Algumas dessas variáveis – apenas algumas – se localizam no campo de competências dos profissionais da saúde, e um número ainda menor diz respeito diretamente ao trabalho propriamente odontológico. Dessa forma, os níveis de saúde bucal de diferentes populações se definem (são determinados, no sentido probabilístico) 'fora' do âmbito clínico-cirúrgico, marca tão característica da prática odontológica desde suas origens mais remotas. Contudo, reconhecer essa 'determinação externa' dos níveis de saúde bucal em termos populacionais não quer dizer, evidentemente, que a prática odontológica não tenha importância. Essa constatação implica apenas admitir suas restrições, suas limitações como prática social para interferir em variáveis decisivas nessa determinação. Sabe-se que o trabalho odontológico tem importante significado e pode ter profundo impacto ao lidar com a 'incapacidade bucal', esta entendida como a impossibilidade, transitória ou permanente, de exercer uma ou mais das funções de mastigação, deglutição ou fonação e, também, pelo comprometimento estético. O grau da incapacidade, sua abrangência e evolução variam de indivíduo para indivíduo, segundo o tempo, as características clínicas, as possibilidades terapêuticas e a inserção social de cada um.

Quando se procura identificar os problemas de saúde bucal na perspectiva da saúde coletiva, ainda que reconhecendo a infinidade de processos patológicos com possibilidade de ocorrência na boca, o conceito de 'incapacidade bucal' é decisivo para a eleição de prioridades. As escolhas recaem, freqüentemente, sobre aqueles problemas que têm maior impacto na produção da incapacidade bucal, seja por produzirem diretamente dor, sofrimento e infecção, seja, indiretamente, por suas seqüelas.

Admite-se que um problema de saúde é um problema de saúde pública quando: a) constitui causa comum de morbidade ou mortalidade; b) existem métodos eficazes de prevenção e controle; c) os métodos não estão sendo adequadamente utilizados.

Para fixar prioridades em saúde pública, os especialistas dessa área devem levar em conta, principalmente, os seguintes critérios: a) número de pessoas atingidas ou extensão do agravo; b) gravidade ou severidade do dano causado; c) possibilidade de atuação eficiente ou efetividade da medida; d) custo *per capita*; e) grau de interesse da comunidade ou valor atribuído pela comunidade ao problema de saúde.

Dessa forma, nem sempre um problema de saúde pública, mesmo quando envolve algum grau de incapacidade, se transforma em uma prioridade para as intervenções de saúde pública. É complexo o processo de eleição de prioridades, por envolver disponibilidade de recursos, atribuições de valor, conflitos de interesses, circunstâncias históricas e, certamente, disputas políticas.

Os problemas de saúde bucal podem ser classificados em dois grupos, os persistentes e os emergentes, conforme o seu significado em termos populacionais.

Os persistentes são a cárie dentária, a doença periodontal, a má oclusão dentária, as fissuras labiopalatais e o câncer de boca.

Os emergentes são a fluorose dentária, os traumatismos bucomaxilofaciais e a cárie dentária radicular. Embora a ocorrência desses problemas seja pequena do ponto de vista da população brasileira como um todo, sua magnitude pode ser expressiva em certos grupos etários e segmentos sociais referidos a determinada classe de renda e/ou área geográfica.

É cada vez maior, também entre nós, o volume de informações epidemiológicas veiculadas sobre os principais problemas de saúde bucal nos diferentes grupos populacionais. A descrição a seguir é uma breve síntese, sem caráter de revisão, que tem por base várias fontes indicadas na bibliografia sugerida ao leitor.

Cárie Dentária

É o principal problema de saúde bucal, tanto nos países desenvolvidos quanto nos demais. As notícias sobre o declínio na prevalência e severidade da cárie podem levar a conclusões precipitadas de que essa enfermidade não seria mais um problema de saúde pública. Não há fundamento para essa conclusão, pois a cárie segue sendo um importante problema de saúde pública, atingindo fortemente vastos contingentes populacionais, em todas as regiões brasileiras e, também, em outros países. O declínio na prevalência em crianças constitui, sem dúvida, uma importante conquista da saúde pública – no contexto brasileiro, sem dúvida, uma conquista notável. Mas basta um olhar atento para as estatísticas sobre a doença para observar que, já na adolescência, a prevalência da doença atinge o dobro dos valores registrados para a idade-índice de 12 anos. Entre adultos e idosos a cárie segue produzindo perdas dentárias em magnitude expressiva, levando à mutilação e ao edentulismo, parcial e total, milhões de brasileiros.

O desenvolvimento da cárie pode ser dividido em três estágios: 1) o momento da infecção; 2) o período das alterações microbiológicas locais; 3) o processo de desmineralização do esmalte dentário, etapa que pode ser identificada visualmente pelo aparecimento inicial de uma mancha esbranquiçada na área afetada. Nas situações em que o curso da doença é mantido, a conseqüência é a perda irreversível de tecido e a formação de uma cavidade – que pode se limitar ao esmalte ou alcançar a dentina, um tecido mais sensível e menos mineralizado por onde a lesão progride mais rapidamente. Se nada for feito, a lesão pode atingir tecidos com farta inervação, provocar dor intensa e exigir, em estágios crônicos e avançados – para os quais não haja sequer a possibilidade terapêutica do tratamento do canal dentário –, a remoção do órgão, gerando perda dentária precoce, incapacidades e necessidade de reabilitação.

A situação da cárie dentária pode ser avaliada, em termos populacionais, de várias formas por meio de diferentes instrumentos de medida, tanto na dentição temporária quanto na permanente. A forma mais usual é medir o número de dentes permanentes que, no momento em que o exame é realizado, apresentam cárie. Contam-se também os dentes permanentes restaurados ("obturados", como se dizia no início do século XX) e extraídos por cárie. Ou seja: dentes que, em algum momento ao longo da vida do indivíduo, foram atingidos pela doença. A soma desses dentes corresponde ao índice CPO (C de cariados, P de perdidos = extraídos, e O de obturados). Esse índice foi proposto por Klein e Palmer (1937), em um estudo epidemiológico com diferentes grupos indígenas nos Estados Unidos. O leitor encontrará, na literatura especializada, termos como CPOD ou CPOS. As letras D e S correspondem

às unidades de medida. D indica que a unidade de medida adotada em um determinado estudo foi o dente; S indica que a unidade de medida adotada foi a superfície dentária. Há certos delineamentos epidemiológicos que requerem mensurações mais detalhadas, daí a opção pelo CPOS. Os escores individuais variam de 0 (nenhum dente cariado, perdido ou obturado no momento do exame) a 28 (todos os dentes permanentes cariados, ou perdidos ou obturados, no momento do exame, excetuando-se os terceiros molares). Por essa razão costuma-se dizer que o índice CPO indica a "experiência" de cárie das pessoas examinadas, sendo que os componentes P e O permitem avaliar o passado dessa experiência e o componente C permite estimar a prevalência da enfermidade no momento em que o CPO foi utilizado. O índice ceo (convencionalmente sempre grafado com letras minúsculas) é o correspondente ao CPO para dentes de leite, ou decíduos. As variantes ceod ou ceos correspondem ao CPOD ou CPOS, respectivamente.

A idade de 12 anos é uma idade de referência para avaliar a ocorrência da cárie na população infantil, momento no qual aproximadamente 24 dentes permanentes estão presentes. No passado, era comum encontrar, em todas as regiões brasileiras, escolares de 12 anos com sete ou mais dentes atacados por cárie. Mas esse padrão de ocorrência atingia também países como Suécia (CPO = 6,2 em 1967) e Noruega (CPO = 9,2 em 1972). Hoje não se aceitam mais do que três dentes, em média, atacados por cárie. Essa foi uma das metas em saúde bucal fixadas pela Federação Dentária Internacional e a OMS para o ano 2000 (FDI-WHO, 1982). Autoridades sanitárias de alguns países e regiões, inclusive, têm implementado políticas para reduzir ainda mais esse nível de cárie na população infantil a fim de elevar o

número de escolares livres de cárie, ou seja, com índice CPO igual a zero – ou valores muito próximos deste. Basta registrar que a Dinamarca conseguiu, em 2005, um CPO = 0,8 aos 12 anos de idade. Cuba, cujo CPO nessa idade era 6,0 em 1973, reduziu-o para 1,4 em 1998. A Suécia registrou, em 2002, CPO = 1,1 e a Noruega, em 2000, CPO = 1,5. No Brasil, o levantamento de 2003 registrou média CPO aos 12 anos de 2,8 (era 6,7 em 1986) (Nithila *et al.*, 1998; WHO, 2003; Narvai *et al.*, 2006).

Ao se analisar a distribuição da cárie pelos países e também em uma perspectiva histórica, constata-se que a industrialização e a urbanização das sociedades trouxeram também a expansão do mercado do açúcar. Maior oferta e consumo desse produto, nos séculos XVIII, XIX e XX, provocou um aumento dramático nos níveis de cárie nessas populações. Para enfrentar essa pandemia (aumento dos níveis de uma determinada doença em várias regiões do planeta), alguns países nas últimas décadas do século XX têm tomado com relativo êxito medidas de saúde coletiva e implementado iniciativas intersetoriais que têm alterado o quadro da distribuição da doença na população infantil.

Nos países desenvolvidos, embora a ocorrência da cárie dentária tenha diminuído, ela ainda afeta de 60% a 90% da população infantil, sendo importante causa de procura por tratamentos e gastos com serviços de saúde, além de perda dentária em expressivos segmentos da população sem acesso a assistência odontológica preventiva. Nos demais países, ela permanece como importante problema por razões variadas que vão desde sua magnitude até aspectos relativos às características de sua tendência e distribuição.

O aumento da oferta de produtos industrializados e a expansão do mercado de consumo de açúcar têm levado ao

incremento dos níveis de cárie dentária em alguns países (na África, por exemplo), enquanto que, em outros, maior exposição ao flúor e melhoria nas condições gerais de vida têm redundado em tendências de queda na sua ocorrência (na América Latina, por exemplo).

A análise da experiência de cárie dentária entre escolares brasileiros no período de 1980 a 2003 (Narvai *et al.*, 2006) indica que houve uma importante redução de 61,7% nos valores de ataque da doença aos 12 anos de idade, sendo a hipótese explicativa mais plausível a elevação no acesso a água e creme dental fluorados e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva com o processo de descentralização das ações de saúde e a criação do SUS. A despeito da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual. O ataque de cárie na população infantil é mais elevado nas regiões Norte e Nordeste, se comparado com Sul e Sudeste; nos municípios de menor número de habitantes onde, geralmente, a água de abastecimento não é fluoretada, e também nas escolas rurais em comparação com as escolas urbanas. Mesmo sendo um indicador elementar, o índice CPO registra valores eloqüentes sobre a desigualdade na ocorrência de cárie em crianças brasileiras. Segundo Angelo Roncalli, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a média do CPO é 0,7 em crianças da região Sul, de cidades com mais de cem mil habitantes, brancas, moradoras na zona urbana e que freqüentam escolas privadas; e de 3,5 em crianças do Nordeste, de cidades com menos de cinco mil habitantes, pardas ou negras, moradoras na zona rural e que freqüentam escolas públicas (Roncalli, Lima & Costa, 2004). Ou seja, em cada dez crianças pertencentes ao grupo de melhor nível, portanto menos atingido pela doença, somente sete dentes foram atacados, enquanto que no grupo de pior

situação 35 dentes apresentavam cárie, ou tinham sido atingidos pela doença em algum momento. Um valor cinco vezes maior.

A mudança no padrão de ataque de cárie nas crianças brasileiras é lenta e atinge primeiro as regiões mais desenvolvidas e os grupos mais bem posicionados na estratificação social. Entre adolescentes, adultos e idosos, persistem elevados índices de cárie e de perda dentária. Cerca de metade dos adolescentes (15 a 19 anos de idade) tem algum dente extraído, e metade dos adultos (35 a 44 anos de idade) perdeu mais de 12 dentes. De cada dez brasileiros de 65 a 74 anos de idade, apenas um apresenta vinte ou mais dentes naturais. Nesse grupo etário, mais da metade usa prótese total. Dos que não usam, cerca de ¼ necessita desse aparelho em pelo menos um dos arcos dentários. A falta de dentes (edentulismo) entre adultos brasileiros de 35 a 44 anos de idade é maior na zona rural, nos municípios pequenos e entre aqueles de menor renda e escolaridade. Paradoxalmente, a perda dentária é maior entre aqueles com maior freqüência ao dentista.

Por essas, entre outras razões relacionadas à disponibilidade de tecnologias para sua prevenção, a cárie continua sendo um importante problema de saúde bucal.

No caso brasileiro, cabe referência especial à epidemiologia da cárie entre os povos indígenas (estima-se em cerca de 450 mil a população indígena aldeada em todo o país). Até onde se sabe, era baixa a prevalência da doença no período pré-descobrimento e também na era pós-Cabral, entre os povos isolados. Estudos do início do século XXI indicam que o CPO aos 12 anos varia bastante entre as aldeias distribuídas pelo território brasileiro, em decorrência das diferentes relações de contato mantidas nos últimos cinco séculos com a população não indígena e, também, das diferenças nas características dos determinantes

socioeconômicos, ambientais e culturais relativos a cada etnia (Arantes, 2003). Uma das conseqüências do contato tem sido o aumento da prevalência da cárie, registrando-se situações em que o CPO é superior a 5, quase o dobro da média nacional. Há indícios de que esse valor é tanto maior quanto mais próximas as aldeias dos núcleos urbanos. O nexo epidemiológico está, de um lado, na crescente incorporação de hábitos alimentares que incluem alimentos industrializados, notadamente aqueles à base de sacarose e derivados, como a glicose, presentes em refrigerantes, biscoitos e doces variados, e, de outro lado, na precariedade ou mesmo inexistência de ações educativas e preventivas.

Assim, é compreensível que os representantes das 125 etnias indígenas que participaram como delegados da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), realizada em Rio Quente, GO, em 2006, tenham aprovado um conjunto de propostas relacionadas com a atenção à saúde bucal, destacando-se que o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa),

> (a) assegurará equipe muldisciplinar completa (...) odontólogo, atendente de consultório dentário (...) em 100% das aldeias; (b) garantirá o acompanhamento e a supervisão técnica (médico, enfermeiro, farmacêutico e dentista) às equipes multidisciplinares das aldeias; (c) estenderá o Programa Brasil Sorridente à população indígena, garantindo os serviços de referência e contra-referência em consonância com o subsistema de saúde indígena; (d) garantirá, em parcerias com Funai [Fundação Nacional do Índio] e MEC [Ministério da Educação], programas de educação permanente e continuada (...) dos agentes indígenas de saúde bucal. (CNSI, 2007)

Doença Periodontal

É também um relevante problema de saúde bucal, tanto nos países desenvolvidos quanto nos demais. O processo saúde-doença periodontal pode apresentar vários estágios com diferentes padrões de manifestação e evolução, sendo o acúmulo de biofilme dental (placa bacteriana e outros depósitos) e a susceptibilidade do indivíduo responsáveis pela maior parte das variações clínicas. As doenças periodontais podem ser divididas basicamente em 'gengivite', que se manifesta pela inflamação e sangramento das gengivas, e 'periodontite', que atinge o ligamento e o osso ao redor dos dentes (tecidos de suporte), provocando perda de aderência da gengiva à raiz e formação de bolsa periodontal.

Ambas são consideradas respostas inflamatórias de natureza infecciosa. As formas crônicas progridem sem causar dor, não sendo percebidas em seus estágios iniciais pela maioria dos indivíduos. São determinadas por fatores sociais, e mais prevalentes entre aqueles de menor renda e grau de escolaridade na estratificação social. Estado marital, idade avançada, qualidade da higiene bucal, condições hormonais, exposição ao tabaco e ao estresse e deficiência imunológica também podem influenciar as condições periodontais. Ênfase especial deve ser dada ao tabagismo como fator de risco, uma vez que, por muito tempo, predominaram os mecanismos de ocultação da associação tabagismo-doença periodontal, para atender aos interesses da indústria em prejuízo da saúde pública. Embora ainda hoje freqüentemente subestimado, não há mais dúvida, entre os especialistas, de que o tabagismo é um importante fator de risco para esse tipo de enfermidade.

Existem também diferentes instrumentos para medir a ocorrência da doença periodontal nas populações, que variam conforme o tipo de alteração e a unidade de observação. Uma forma usual é dividir a cavidade bucal em seis áreas denominadas sextantes e registrar apenas a pior condição em cada área. Em cada área, são examinados apenas os periodontos relativos a certos dentes que são reconhecidamente os mais afetados do ponto de vista populacional. Presença de sangramento, cálculo dentário (tártaro), bolsa rasa ou profunda são algumas das condições que podem ser registradas.

A gengivite marginal crônica identificada pela alteração de cor ou pela presença de sangramento apresenta alta prevalência na maioria das populações em razão de deficiências na higiene bucal. Por outro lado, a periodontite crônica e agressiva atinge de 5% a 15% da população adulta. Depois da cárie, ela é a causa mais importante de perda dentária precoce, e por essa razão pode constituir prioridade para as intervenções em saúde pública.

No Brasil, a porcentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal diminui com a progressão da idade. De cada dez jovens, apenas quatro desfrutam de saúde gengival, e de cada dez adultos, apenas dois se encontram livres desses problemas.

Quanto à doença periodontal severa, de cada dez adultos, um apresenta pelo menos uma bolsa periodontal de mais de quatro milímetros, em uma das áreas da boca. É enorme o número de áreas excluídas do exame em função da perda do órgão periodontal provocada pelas extrações dentárias. Entre os idosos, mais de 80% das áreas examinadas apresentam, na melhor das situações, apenas um dente funcional. A perda dentária precoce acaba gerando uma baixa prevalência de doença periodontal severa nas faixas etárias mais avançadas.

Tal quadro de mutilação dentária é típico de regiões onde a assistência odontológica individual é tardia e não há ações programáticas efetivas voltadas para os grupos de maior vulnerabilidade à doença periodontal. Nos países mais desenvolvidos, o conhecimento epidemiológico sobre as doenças periodontais tem mostrado que uma pequena proporção das pessoas exibe periodontite destrutiva severa. Gengivite é comum, e a maioria dos adultos apresenta algum tipo de perda de suporte periodontal. Há consenso sobre o fato de que doença periodontal severa ocorre em poucos dentes em pequena parcela da população cuja proporção aumenta conforme o grupo etário.

Estimativas nacionais mostram que, em 2003, 1,3% dos jovens e 10% dos adultos brasileiros apresentavam doença periodontal severa.

Analisamos em 2005 dados produzidos por diferentes estudos para a população da cidade de São Paulo e estimamos que 2% dos jovens e 10% dos adultos de 35 a 44 anos de idade necessitavam de imediata assistência odontológica individual a fim de avaliar a presença de infecção periodontal e risco de perda do órgão dental e incapacidade funcional. Mencionamos também a necessidade da implementação de ações intersetoriais, em especial medidas de promoção da saúde, e ações no campo da assistência odontológica individual em nível primário, bastando que os sistemas locais de saúde fossem dotados, entre outros aspectos, dos recursos necessários para elevar o nível de saúde bucal da população. Recomendamos ainda a criação e desenvolvimento de unidades assistenciais de nível secundário, indispensáveis para assegurar a integralidade da atenção à saúde bucal em todas as regiões da cidade (Narvai & Frazão, 2005).

A redução da cárie dentária na população infantil expressa uma significativa mudança no padrão epidemiológico desta doença nessa etapa da vida. Caso essa mudança entre as gerações seja mantida, acredita-se que no futuro possa haver uma diminuição do número de dentes perdidos na população adulta e idosa. Além disso, com o incremento da longevidade e da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente o diabetes, é esperado um aumento na ocorrência e severidade da doença periodontal na população brasileira.

Má Oclusão Dentária

Nas regiões mais desenvolvidas, o interesse dos pais pelo crescimento dos filhos é cada vez maior. Aqueles que têm acesso à consulta odontológica não deixam de perguntar ao profissional sobre o risco de problemas de mordida na dentição dos filhos. De fato, com o processo de industrialização e urbanização das sociedades, a prevalência e a severidade dos problemas de mordida, especialmente o desalinhamento dentário, têm aumentado nos últimos duzentos anos. Estudos antropológicos mostraram que o sistema mastigatório dos habitantes das cidades modernas é cada vez menos exigido. Observa-se maior processamento dos ingredientes da dieta e diminuição do consumo de alimentos fortes, duros e secos. O resultado são dentições que indicam reduzida função e eficiência mastigatória, juntamente com uma crescente freqüência desses problemas.

Os problemas de mordida, também chamados de má oclusão dentária, são alterações de crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares que podem gerar transtornos psicossociais com potenciais repercussões na auto-estima e no relacionamento familiar e interpessoal dos indivíduos severamente afetados.

Forma e função são dimensões complementares e interdependentes. Tanto uma alteração de forma (tamanho do maxilar, presença e posição do dente etc.) pode produzir modificação na função (mastigação, deglutição, fonação e respiração etc.) quanto uma alteração de função pode induzir uma mudança na forma.

Desde o final do século XIX, quando Edward H. Angle descreveu um critério para auxiliar na classificação dos problemas ortodônticos observados na clínica odontológica, pode-se identificar na literatura cerca de meia centena de índices oclusais e suas variantes – a maioria para uso em dentição permanente –, sendo possível notar que diferentes concepções norteiam os pesquisadores responsáveis pelas várias proposições. Em termos populacionais, a ocorrência desses problemas varia, entre outros fatores, conforme o tipo de dentição e a exposição a diferentes fatores como flúor, duração do aleitamento materno, a forma como se dão a transição alimentar e a redução dos hábitos de sucção.

No Brasil, levantamento realizado em 2003 indicou que aproximadamente 15% das crianças de 5 anos de idade apresentam problemas oclusais severos que implicam efeitos inaceitáveis sobre a aparência facial ou significativas reduções da função mastigatória, exigindo assistência odontológica imediata (Brasil, 2004). Estima-se que importante parcela desses problemas poderia ter sido evitada com medidas adequadas de vigilância do crescimento e desenvolvimento orofacial integradas nos programas materno-infantis nas unidades de atenção básica. Aos 12 anos, ou seja, na dentição permanente, de cada dez adolescentes, dois apresentam má oclusão do tipo incapacitante, em que a necessidade de assistência odontológica é urgente. Nessa

idade, 15,8% dos brasileiros apresentaram má oclusão classificada como severa e 20,8% como incapacitante. Estudo que coordenamos no estado de São Paulo em 1998 revelou que apinhamento e desalinhamento dentário são as alterações mais prevalentes, atingindo um em cada três adolescentes (SES-SP, 1999).

Fissuras Labiopalatais

Fissuras ou fendas palatinas (FP), labiais (FL), ou labiopalatinas (FLP), unilaterais ou bilaterais, estão entre os quatro defeitos congênitos mais freqüentes no Brasil. Essas anomalias são desencadeadas por fatores genéticos e ambientais, em algum momento no primeiro trimestre da gestação, com as manifestações ocorrendo entre a 3ª e a 12ª semana de vida intra-uterina.

Esses defeitos estruturais podem se expressar como deformidades nos lábios, no rebordo alveolar, no palato (céu da boca) e no nariz. Constituem fatores de severa limitação funcional (respiração, fonação e deglutição) e motivo de consternação para pais e familiares. Exigem tratamentos complexos de longa duração com equipe multiprofissional que envolva especialistas das áreas de medicina, odontologia, nutrição, fonoaudiologia e psicologia, entre outras.

O coeficiente de incidência é o instrumento usualmente empregado para descrever a ocorrência de FL/FP/FLP em populações. O valor é obtido calculando-se o número de eventos a cada mil nascidos vivos. Estima-se que, no Brasil, ocorra um caso para cada 650 nascidos vivos, com o coeficiente de incidência registrando 1,54 por mil nascidos vivos.

Considerando-se as taxas de natalidade para o Brasil, admite-se o nascimento de aproximadamente 16 portadores de fissuras

por dia (477 por mês, 5.727 por ano). Estima-se em cerca de 180 mil a prevalência de fissurados no país. As fissuras labiais ou labiopalatinas correspondem a 74% das lesões; 26% são fissuras palatinas isoladas.

Os portadores apresentam geralmente perfil facial côncavo, prognatismo, assimetria facial e achatamento de narina. Essas anomalias estão freqüentemente associadas a síndromes genéticas (cerca de duzentas), como é o caso da síndrome de Van der Woude, em que há deleção de 18 pares de bases do gene IRF6 (região q32-q41 do cromossomo 1). Estudos da primeira década do século XXI concluíram que mutações nos genes MSX1 e TGFB3, do cromossomo 4, também podem contribuir para a ocorrência de FL/FP/FLP, assinalando-se que há "fortes evidências de associação" das mutações nos genes MSX1 para ocorrência de fissuras apenas labiais; TGFB3 para ocorrência de fissuras apenas palatinas; e também do gene MSX1 para o conjunto de fissuras (FL/FP/FLP) (Vieira, Orioli & Castilla, 2003; Fallin *et al.*, 2003). Epilepsia ou exposição a anticonvulsivantes, medicamentos, drogas (tabaco e álcool, inclusive) e poluição, durante a gestação, são fatores de risco mencionados na literatura científica sobre o problema. União conjugal entre parentes (casamentos consangüíneos) também é mencionada como fator de risco. Segundo o Hospital de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, de Bauru, o conhecido Centrinho (www.centrinho.usp.br), unidade de referência nacional e internacional para fissurados labiopalatinos, pais sem esse tipo de anomalia têm 0,1% de chance de ter um filho com o problema. Se os pais têm um filho com algum tipo de fissura, a chance de ter outro filho com o problema aumenta para 4,5%. Quando um dos pais apresenta fissura labiopalatina e um dos

filhos apresenta o problema, a chance de outro filho apresentar fissura labiopalatina é de aproximadamente 15%.

Câncer de Boca

Entre as enfermidades cujas lesões se localizam na cavidade bucal, o câncer apresenta uma singularidade: mata. Analisando dados do período de 1975 a 1980, do Instituto Nacional de Câncer (www.inca.gov.br), Bercht (1992) assinalou que, não obstante essa enfermidade requerer a máxima urgência resolutiva, 83% dos pacientes encontravam-se em fase avançada da doença no momento do diagnóstico – desses, 26% não apresentavam possibilidade terapêutica.

O câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil (a primeira causa são as doenças cardiovasculares). Câncer de boca leva a óbito, no ano do diagnóstico, cerca de 50% das vítimas nas Américas e no Caribe. Outros 10% a 20% morrem antes de completar cinco anos de sobrevida. Embora não estejam disponíveis estatísticas abrangentes para o Brasil, acredita-se que esse padrão não difere significativamente em nosso país.

Por sua elevada letalidade aliada às possibilidades de reduzir o grau de exposição da população aos fatores de risco e de, por meio do diagnóstico precoce, controlá-lo como causa de morte, o câncer bucal constitui um problema de saúde pública no Brasil.

A maioria das ocorrências na boca é precedida por lesões pré-cancerosas como leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica quase sempre indolor. A leucoplasia é uma placa ou mancha esbranquiçada que não pode ser removida por raspagem. A eritroplasia caracteriza-se por uma mescla de áreas brancas e avermelhadas, de superfície aveludada, nodulares ou não. A queilite

actínica manifesta-se por ressecamento e descamação leve do lábio, com redução de sua elasticidade. Úlceras e nódulos que não se reparam com tratamentos comuns após duas a três semanas também devem ser considerados lesões suspeitas. Dificuldades para movimentar a língua, para abrir a boca ou deglutir a saliva também devem ser minuciosamente investigadas. A biópsia é o único método de diagnóstico definitivo do câncer.

A cavidade bucal é um dos dez principais focos de origem de cânceres, em vários países e também no Brasil. Na boca o câncer ocorre mais freqüentemente em pessoas com mais de 40 anos de idade e, principalmente, a partir dos 65 anos. O carcinoma espinocelular é o tipo mais freqüente, correspondendo a cerca de 95% dos casos. Nos primeiros anos do século XXI os órgãos governamentais aos quais o problema está afeto informaram que a estimativa da incidência no Brasil alcançava cerca de 10.500 casos novos/ano (10.565 casos novos em 2006), com mais de três mil óbitos/ano. Esses casos corresponderam a 3,5% do total de casos novos de câncer (Inca, 2006). Assim, estima-se a ocorrência de um caso novo por hora e um óbito a cada 175 minutos em decorrência desse tipo de câncer.

O coeficiente de óbitos por câncer de boca é o instrumento mais freqüentemente utilizado para analisar dados relacionados ao problema, em termos populacionais. O coeficiente é calculado com base no número de mortes por cem mil pessoas. A taxa de incidência de câncer de boca é também calculada utilizando-se a mesma base: cem mil pessoas.

No Brasil, a taxa de mortalidade registrou um aumento de 1,32 para 1,82 por cem mil habitantes no período 1979-1998. Entre os homens, a taxa de mortalidade passou de 2,16 para

2,96 no período considerado. O câncer de boca ocupa o quarto lugar entre os tipos de câncer mais incidentes no sexo masculino e o sétimo lugar entre as mulheres (Klingerman, 2002).

Tabagistas e etilistas do sexo masculino são os grupos mais vulneráveis. Álcool e tabaco, isoladamente, aumentam o risco em duas a três vezes. Combinando-se, aumentam o risco em até 15 vezes. O risco também é maior (duas vezes) para pessoas com algum parente de primeiro grau que tenha desenvolvido algum tipo de câncer. Se a doença atingiu a cabeça ou o pescoço, o risco aumenta em quatro vezes. Exposição excessiva à radiação solar, injúrias térmicas e/ou mecânicas contínuas sobre a mucosa bucal, deficiências nutricionais e imunológicas, assim como fatores hereditários, também estão associados à ocorrência do câncer bucal. Estudos envolvendo diferentes tipos de câncer têm mostrado maior carga da doença nos grupos populacionais com piores condições de vida em vários países.

Fluorose Dentária

A fluorose dentária é uma alteração do esmalte que acontece durante o período de formação dos dentes (aproximadamente até os 8 anos de idade), em conseqüência da ingestão de flúor acima dos níveis aceitáveis e por tempo prolongado.

Podem ser afetadas tanto a dentição decídua quanto a permanente. A dentição permanente é mais acometida pelo fato de a maior parte da mineralização da dentição decídua ocorrer antes do nascimento e haver a ação passiva da barreira placentária. O período de formação do dente decíduo é mais curto que o do dente permanente. Além disso, a menor espessura e maior opacidade da camada de esmalte do dente decíduo dificultam a detecção da fluorose dentária nessa dentição.

As alterações distribuem-se simétrica e bilateralmente nos arcos dentários. Nem todos os dentes são igualmente afetados. A intensidade dessas modificações aumenta na proporção em que aumenta a quantidade de flúor ingerido. Características biológicas como peso corporal, estado nutricional, atividade renal e metabolismo do cálcio modulam a manifestação das lesões em cada pessoa.

As alterações mais leves caracterizam-se clinicamente por estrias ou finas linhas brancas opacas que cruzam horizontalmente o dente e ocupam parte do esmalte ou apenas as cristas marginais e bordas incisais. Esmalte muito afetado apresenta extensa área opaca com aspecto branco calcário. Após um período de exposição ao ambiente bucal, ocorre desgaste da porção mais externa, formando depressões que vão se pigmentando em razão de corantes provenientes de alimentos, bebidas, fumo e outros fatores, e se tornam manchas marrom-acastanhadas. A percepção pública e o grau de aceitação em relação às formas severas variam conforme a formação social e cultural de cada comunidade. Assim, a elevada proporção das formas severas nem sempre é suficiente para caracterizar a fluorose dentária como um problema de saúde pública em uma determinada população.

Embora, em comparação com outros problemas de saúde bucal, a mensuração da magnitude da fluorose dentária em termos populacionais nas condições em que normalmente são realizados levantamentos epidemiológicos nos serviços de saúde pública seja mais difícil, sabe-se que o incremento no uso do flúor, principalmente a partir da segunda metade do século XX, tem provocado um aumento na sua prevalência. Esse aumento tem sido atribuído à exposição a múltiplas fontes de flúor (água de consumo, dieta, medicamentos, ingestão de creme dental etc.).

No Brasil, as informações epidemiológicas disponíveis mostram a ocorrência de fluorose em graus muito leves ou leves; por essa razão, ela não é considerada um problema de saúde pública (Brasil, 2004). Sua prevalência no país foi de 8,6%, em 2003, aos 12 anos de idade, e a região Sudeste apresenta a maior ocorrência (13,5%). Entretanto, ela deve ser considerada um problema emergente, dado que é cada vez maior o uso de produtos contendo flúor no país, e níveis de prevalência elevados foram relatados em certas localidades, destacando-se como determinante principal a exposição a teores excessivos de flúor natural na água (acima de 0,7 mg de flúor por litro de água). Em outros contextos, mesmo quando a água de abastecimento público não é fluoretada, parte da população apresenta fluorose dentária que, nessas situações, tem sido atribuída ao uso inadequado de cremes dentais contendo flúor.

Entre os especialistas, reconhece-se a necessidade de que sejam adotadas medidas de vigilância da saúde, voltadas para o controle do consumo exagerado de flúor. São necessárias atividades de educação para a saúde, de modo a evitar que pediatras prescrevam produtos contendo flúor em áreas com água fluoretada e que crianças façam uso precoce e não supervisionado de creme dental. Além disso, é essencial produzir um mapeamento das diferentes áreas geográficas quanto à presença de flúor no ambiente e realizar diferentes formas de controle (inclusive heterocontrole) dos teores de flúor nas águas de consumo, não apenas de abastecimento público, mas, sobretudo, das águas e outras bebidas comercializadas em garrafas ou latas, que contêm a substância em sua composição.

Traumatismo Bucomaxilofacial

Acidentes e violências representam um importante problema de saúde pública global. As taxas de mortalidade em nosso país decorrentes desse problema cresceram cerca de 50% do fim dos anos 1970 para a primeira metade da década de 1990. Consumo exagerado de bebidas alcoólicas e uso crescente de drogas e armas de fogo, além da maior participação das crianças em atividades esportivas, vêm sendo indicados como fatores importantes na ocorrência desses eventos, nos quais parcela significativa das lesões provoca danos físicos na região maxilofacial e/ou nos dentes e demais regiões da cavidade bucal. Uma fratura na face ou nos dentes pode levar à incapacidade física, impedir a mastigação ou a fonação, dificultar o relacionamento interpessoal, produzindo relevante impacto social e psicológico para o indivíduo e sua família. Todos esses aspectos têm contribuído para transformar as diferentes formas de traumatismo bucomaxilofacial em um problema de saúde pública emergente.

Para fins de mensuração e análise, podem-se separar as ocorrências que atingem tecidos moles e duros da face (traumatismo maxilofacial) dos eventos cujos danos afetam a coroa e/ou a raiz de um ou mais dentes (trauma dentário).

É crescente o interesse dos pesquisadores pelo tema, mas as informações epidemiológicas disponíveis ainda são limitadas a certas regiões, e não permitem a construção de um quadro mais abrangente que contemple as diversidades do Brasil em termos populacionais.

A despeito desses aspectos, sabe-se que o trauma dentário que atinge a população infantil e adolescente aumenta com a

idade. Está associado a quedas que ocorrem tanto nos primeiros anos de vida no domicílio quanto, na idade pré-escolar e escolar, em decorrência de práticas de esportes individuais e coletivos, a acidentes com bicicletas e *skates*, entre outras atividades em escolas e áreas de lazer na comunidade. Em estudo que conduzimos no estado de São Paulo, em 1998, com escolares de 5 a 12 anos de idade (n = 73.243), observamos que a prevalência de trauma dentário foi de 2,7%, variando de 1,3% aos 6 anos de idade a 3,7% aos 11 anos (SES-SP, 1999).

A ocorrência do trauma maxilofacial tem sido estimada com base em estudos realizados em serviços de emergência de unidades hospitalares. Estudo desenvolvido em Recife mostrou que de cada cem pacientes admitidos na emergência, quatro apresentavam fratura maxilofacial (Ribeiro & Góes, 2006). Acidentes de trânsito e de trabalho, injúrias esportivas, quedas e violência como assaltos, agressões dentro e fora do domicílio são importantes fatores relacionados.

Cárie Dentária Radicular

Com o incremento da longevidade e a expectativa de que nas próximas décadas possa haver uma diminuição do número de dentes perdidos na população adulta e idosa, é esperado um aumento na ocorrência de lesões de cárie nas superfícies radiculares dentárias. Como o desenvolvimento da lesão na raiz é semelhante ao da lesão na coroa e as medidas de prevenção e controle são conhecidas e podem ser implementadas nos serviços públicos odontológicos, considera-se a cárie dentária radicular, do ponto de vista populacional, um problema emergente para o qual atenção crescente deverá ser dirigida pelos pesquisadores e administradores de serviços. No Brasil, em 2003, havia em

média 5,9 raízes dentárias expostas no grupo etário de 35 a 44 anos (n = 13.431). Destas, 5,5 estavam hígidas, 0,3 cariada e 0,1 restaurada. No grupo etário de 65 a 74 anos (n = 5.349), a média de raízes dentárias expostas diminuía para 3,1, sendo que 2,6 estavam hígidas, 0,4 cariada e 0,1 restaurada (Brasil, 2004).

Em conjunto, os problemas de saúde bucal constituem preocupação permanente para os que se ocupam da saúde-doença em termos populacionais. Em fórum que reuniu em Lima, Peru, em 2007, coordenadores de saúde bucal de vários países latino-americanos e especialistas do setor, com o objetivo de preparar uma pauta sobre o assunto a ser analisada pelos ministros de Saúde das Américas, afirmou-se que:

> 1) a saúde é um direito humano fundamental, um bem público, e componente essencial para o desenvolvimento e bem-estar do indivíduo e da população; 2) a saúde é uma condição de vida que compreende todas as dimensões do ser, razão pela qual os cuidados de saúde devem ser integrais, compreendendo o biológico, o psicológico e o social; 3) o componente bucal da saúde está intrinsecamente ligado ao conceito de atenção integral; 4) apesar das melhorias em saúde bucal observadas, persistem desigualdades entre países e iniqüidades dentro de cada país; 5) a baixa prioridade que a maioria dos países dá à atenção do componente bucal da saúde mantém mais de metade da população do continente submetida a doença bucal crônica, que é causa de dor, infecção e sofrimento; 6) a educação e a saúde, por serem direitos fundamentais das pessoas e dos povos, devem ser alheias ao propósito de lucro, que distorce a formação de recursos humanos e a atenção à saúde; 7) as instituições de educação superior comprometidas socialmente têm a seu encargo a formação dos recursos humanos e a investigação científica, que as populações requerem para o seu desenvolvimento e

bem-estar; 8) a sociedade, as instituições sociais, as universidades em particular, e a profissão organizada têm a responsabilidade de vigiar o exercício ético da profissão e a responsabilidade dos governos para que implementem políticas setoriais adequadas. (CISPB, 2007)

3 | Mutilação Dentária e Percepção da Saúde Bucal

Em livro sobre saúde bucal no Brasil é inevitável um capítulo sobre extrações dentárias e o que significam, bem como a percepção que nossa população tem desses eventos. Acredita-se que o Brasil seria o "país dos banguelas", o "campeão mundial dos desdentados" – imagem, aliás, fortemente reforçada pela mídia. Sobretudo após conquistas no campo esportivo, principalmente o futebol, jornalistas tratam de recordar nossas mazelas e problemas de todo tipo. Nessas ocasiões costuma-se lembrar, em tom melodramático, dos "brasileiros desdentados". Contudo, mesmo entre atletas, cujas imagens se associam fortemente com saúde, são freqüentes as perdas dentárias e os problemas odontológicos. Mario Trigo, o dentista da seleção brasileira que em 1958 se consagrou campeã mundial de futebol na Suécia, conta que teve de realizar 118 extrações dentárias após examinar 33 jogadores. Na ocasião foram extraídos, em média, 3,6 dentes por atleta, para não lhes comprometer o sistema imunológico e prejudicar seu rendimento durante os jogos. Tal cenário de 'campo esburacado' não é, porém, coisa do passado. Notícia divulgada na coluna PainelFC, da *Folha de S.Paulo*, em 29 de dezembro de 2003 revela que ainda hoje, e mesmo entre jovens, há problemas graves. Sob o título "Sorriso amarelo", foi informado que

> Quatro jogadores da sub-23 foram 'reprovados' no exame odontológico em Teresópolis [sede de treinamentos da

> Confederação Brasileira de Futebol]. O lateral (...) tinha problemas no pré-molar, o goleiro (...) e o zagueiro (...), cáries, enquanto o santista (...) teve que passar por uma limpeza de tártaro".

Carlos Sérgio, dentista que desde 1991 examina jogadores das seleções de futebol do Brasil, afirma que a situação tem melhorado: "Antigamente, a cada preparação via uns 15 atletas com problemas sérios. Hoje, não chega a cinco". Mas conta histórias reveladoras: ao examinar os integrantes da vitoriosa seleção de 1994, constatou que um campeão mundial nos Estados Unidos já usava, aos 27 anos, prótese total superior.

Tais fatos, envolvendo os mais diferentes brasileiros, sem dúvida contribuem para reforçar a imagem de "campeão mundial dos desdentados". E mesmo que esta questão ainda esteja por ser esclarecida por estudos epidemiológicos, vale assinalar que, campeões mundiais ou não, as perdas dentárias se constituem efetivamente em um problema a ser enfrentado por nós, com estratégias e tecnologias adequadas. Mas cabe ponderar também que dificuldades nessa área não são exclusividade do nosso país. Os brasileiros temos isso que Nelson Rodrigues chamou de "complexo de vira-latas", segundo o qual "o brasileiro se coloca, voluntariamente, em todos os setores, em inferioridade em face do resto do mundo". Tendemos a considerar que, entre nós, tudo seria pior. Por esse motivo, são indispensáveis algumas considerações sobre extrações dentárias, edentulismo (parcial e total), enfim, sobre mutilação – sim, pois perder dentes não é natural, não é uma fatalidade biológica, nem decorrência inevitável do envelhecimento.

Uma das características mais marcantes da prática odontológica em todo o mundo é a mutilação dentária. Trata-se de um fenômeno historicamente determinado, associado às

transformações sociais e econômicas ocorridas a partir do século XVI com a intensificação do comércio e a expansão do capitalismo.

Na Grécia, onde há documentação histórica abrangendo um largo período, foi possível comparar o ataque de cárie detectado em esqueletos de indivíduos que viveram há milhares de anos com aqueles mais recentes. Os dados mostraram uma rápida deterioração durante o século XIX. Esqueletos de indivíduos da Antiguidade não tinham lesões de cárie, enquanto que em indivíduos que viveram na segunda metade do século XIX cerca de metade dos dentes examinados apresentavam sinal da doença.

Diferentes tipos de fórceps dentário, instrumento empregado na extração do órgão, foram encontrados em vários sítios arqueológicos na Grécia. Os mais antigos foram confeccionados em chumbo, um metal mais macio e de domínio mais fácil do que o ferro. Dadas as características da dieta e do modo de vida daquela época, as extrações não eram tão comuns. As descrições dos historiadores levam a crer que as poucas extrações envolviam dentes que apresentavam alguma mobilidade e perda de aderência, provocadas por lesões dos tecidos de suporte, passíveis, portanto, de serem 'movimentados e puxados' com um instrumento de chumbo.

Esse padrão viria a se modificar com a expansão do mercado de consumo de açúcar nos séculos XVI e XVII e o aprimoramento dos instrumentos cirúrgicos que se seguiu ao desenvolvimento da metalurgia. A evolução do mercado do açúcar contribuiu para a elevação dos níveis de cárie dentária nas populações. Como resultado, aumentou a percepção das necessidades odontológicas e um mercado de consumo de serviços odontológicos começou a se desenvolver. Os serviços oferecidos geralmente levavam à mutilação dentária. Não tardou

para aparecer a necessidade de serviços de reposição de dentes e a oferta de dentaduras artificiais.

Esse modelo de intervenção, praticado ainda hoje em muitas localidades, é fonte geradora de um determinado perfil de demanda e de representações por parte da população sobre o processo saúde-doença e, sobretudo, sobre as formas de responder aos problemas de saúde bucal e enfrentá-los.

As extrações dentárias, decorrentes da cárie e das doenças periodontais, produzem incapacidades importantes que nem sempre são percebidas como problemas funcionais relevantes. A concordância entre o exame clínico e a autopercepção ocorre geralmente nos casos dolorosos e estéticos mais severos, enquanto outros problemas bucais mais leves são subestimados. A percepção está relacionada a fatores clínicos, como o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados; a fatores subjetivos, como os sintomas de doenças e a capacidade da pessoa de sorrir, falar ou mastigar sem problemas; e a fatores como a classe social, idade, escolaridade, renda, ocupação e gênero, que condicionam as características socioculturais do indivíduo em termos de identidade e valores simbólicos compartilhados em seu grupo de convivência.

Os danos provocados pela elevada freqüência da ingestão de produtos açucarados seriam observados no século XIX. As mudanças necessárias nos procedimentos de higiene bucal para enfrentar os efeitos nocivos dessa dieta, entre os quais o uso de flúor tanto na água de abastecimento quanto em enxaguatórios e cremes dentais, seriam reconhecidas somente na segunda metade do século XX.

Entre a expansão do consumo do açúcar e a disseminação do uso do flúor, vários fenômenos ocorreram articulados às transformações sociais e econômicas. No início do século XIX,

para cuidar dos dentes a população se valia, de modo geral, dos próprios conhecimentos ou dos serviços de um médico local, ou de um cirurgião ou um prático itinerante. No fim do século XIX, nos Estados Unidos, país que atravessava um período de expansão da economia capitalista, a prática odontológica iniciaria um caminho próprio, separando-se da medicina, mediante a estruturação de uma nova profissão.

Sem considerar aspectos como relações sociais de produção, divisão do trabalho, ascensão da classe média e institucionalização de uma estrutura ocupacional com vistas à proteção de um mercado seguro e privilegiado na economia, e tampouco as implicações políticas e sociais deles decorrentes, a profissionalização da odontologia engendrou um ideário liberal-privatista que viria a influenciar, ainda que com menor intensidade e características próprias, a formação da profissão em vários países de diferentes continentes, entre os quais a América do Sul.

Nesse amplo intervalo de tempo, que se estende dos séculos XVI e XVII (início da expansão do consumo de açúcar) até o começo do século XX (técnicas de remoção dentária e substituição protética mais aprimoradas), diferentes grupos populacionais, duas, três ou mais gerações de pessoas e famílias, dependendo do país e da região geográfica, perderam os dentes muito cedo, em alguns casos, por volta dos 20 aos 30 anos de idade, quando as lesões de cárie atingiam o canal, exigindo tratamento mais especializado. Na maioria das vezes, as pessoas não tinham acesso a tais procedimentos especializados, fosse pela distância geográfica, fosse pelos custos econômicos implicados. Hugo Rossetti, odontopediatra argentino, costuma dizer que "algumas pessoas estão a cem quilômetros do dentista; outras estão ainda mais distantes: a 50 pesos [moeda argentina]...".

Estudos recentes envolvendo idosos e também trabalhadores rurais (Hiramatsu, Tomita & Franco, 2007; Mendonça, 2001) que vivenciaram contexto político, econômico e cultural similar indicam que esse tipo de prática – mutiladora na sua aparência, mas de nítido cunho mercantil na sua essência – desempenha papel importante na perda precoce de dentes, seja ela influenciada pela decisão do profissional, seja pela vontade do paciente. Do lado profissional, razões de ordem técnica, como a falta de domínio para efetuar a restauração ou para tratar afecções envolvendo o canal, são as mais comuns. Do lado do paciente, razões de ordem econômica predominam. O custo de uma extração é ainda hoje significativamente menor que o de uma restauração, sendo que a primeira tem "a vantagem" de eliminar a possibilidade de dor dentária e sofrimento no futuro. Extrações múltiplas em uma mesma consulta são menos onerosas, e por isso "mais vantajosas" para o paciente do que extrações unitárias realizadas a cada consulta.

Nessas situações particulares podem estar envolvidos aspectos políticos, econômicos e culturais semelhantes. Entre os aspectos que podem exercer papel determinante, cabe destacar a orientação liberal do Estado, presente em muitas regiões e países, que engendra, em muitos casos, uma estrutura de serviços escassos e desigualmente distribuídos, na qual os profissionais são formados para atender mais às necessidades do mercado de consumo do que às necessidades de saúde coletiva. Sob essa orientação, pode-se observar também a propaganda que associa o consumo de produtos açucarados com energia, vigor, saúde, ou seja, com valores 'positivos', e a falta de difusão de informações básicas tanto sobre os efeitos nocivos dessa dieta como sobre as formas de enfrentar o problema.

Esse processo social, descrito aqui de modo sucinto, conformou, entre outros aspectos, o edentulismo como um traço cultural presente em muitos grupos populacionais. Muitas pessoas decidem remover os seus dentes embasados na crença de que a perda dentária é algo natural e inevitável e que, de um ponto de vista prático e econômico, quanto mais cedo "tirar os dentes", melhor (menor número de noites de dor e sofrimento, menores as ausências no trabalho, menor o esforço para cuidar da boca, entre outros aspectos). A atitude de dentistas e a tradição liberal-privatista da profissão têm, sem dúvida, contribuído para essa situação, que afeta geralmente e de modo mais intenso os grupos mais mal-posicionados na estratificação social.

Programas de educação em saúde deveriam considerar esse fato, mostrando os benefícios que, nos tempos atuais, uma prática clínica renovada pode oferecer em termos de prevenção e tratamento dentário. Atitudes e práticas visando à recuperação dos dentes deveriam ser consideradas uma proposição factível. É necessário desenvolver a noção de que as pessoas podem usufruir dos seus dentes, desde que medidas de promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência individual sejam asseguradas ao longo de todas as etapas da vida.

Além do edentulismo, outro traço cultural que marca a saúde bucal em muitos países e regiões é sua desvinculação da saúde. O afastamento entre a odontologia e a medicina, cada qual em um curso próprio de desenvolvimento, e a desvinculação da primeira da saúde têm contribuído para que a saúde bucal, percebida como odontologia, seja considerada como 'algo à parte', voltada para poucos e ricos.

Comentando a construção das políticas de saúde bucal em Santos, no período de 1989 a 1996, Marco Manfredini, responsável por essa área na cidade à época, afirmou que

> não há registro da existência de movimentos de cariados ou de portadores de doenças periodontais ou de câncer bucal na sociedade brasileira. Das doenças que acometem a cavidade bucal ou a face, só se observam organizações de usuários referentes a pais e mães de crianças portadoras de fissuras e fendas labiopalatais. Nem a luta por uma dentadura leva a que se constitua um movimento de desdentados. (Manfredini, 1997: 52)

De fato, não há informações documentadas sobre movimentos específicos. Mas, no material disponível sobre movimentos de saúde, tanto em nosso meio quanto em outros países, não se tem conhecimento de situação em que, quando se considerou a saúde bucal como implicitamente incluída na reivindicação popular, essa modalidade de atenção tenha sido recusada. Assim, é preciso considerar que, no conjunto das demandas sociais, a saúde bucal representa uma dimensão, entre muitas outras, das necessidades sociais. Ao se dar voz a quem não tem vez, ou seja, à população excluída, pode-se confirmar o significado social tanto da dentição natural quanto da dentadura artificial para o convívio e o relacionamento humanos e sua condição de necessidade básica.

O próprio Manfredini (2003) assinalou que, em um processo de planejamento participativo do orçamento público municipal de São Paulo, no início do século XXI, entre 49 itens votados, a saúde bucal foi a nona demanda mais freqüente, superando demandas relativas a outras modalidades de atenção à saúde.

Somente quando a saúde bucal é tomada como 'algo à parte' e, portanto desvinculada das outras 'saúdes', ela concorre com ou resta subordinada a outros aspectos relacionados mais diretamente com a sobrevivência e o bem-estar das pessoas. Se a saúde bucal é parte da saúde, a satisfação integral das

necessidades de saúde implica a implementação de ações de promoção e assistência à saúde bucal.

Ações de educação em saúde deveriam considerar também esse traço cultural a fim de desenvolver a compreensão de que saúde bucal é componente da saúde e transcende a idéia de odontologia. A percepção de que saúde bucal é um direito humano, e não um privilégio, é difusa nas sociedades onde prevalece a doutrina liberal-privatista. Assim, uma das tarefas essenciais quando se busca transformar a saúde bucal em um bem público e direito de todos é a formação de sólidas lideranças no âmbito dos serviços e da universidade, com estreita articulação com as organizações de base da sociedade e uso adequado (responsável e ético, portanto) dos instrumentos de mídia. O objetivo é combinar a disputa no campo simbólico com a disputa no campo das práticas de saúde, a fim de fazer refluir o discurso hegemônico e resgatar a noção de saúde-doença como processo social, como fato essencialmente coletivo e de interesse público.

4 | Modelos de Atenção à Saúde Bucal

Ao abordar a questão dos modelos de atenção à saúde bucal, é oportuno retomar a fala do presidente Lula na abertura da 13ª CNS, e atentar para a resposta que deu à sua indagação:

> *Sabe por que o Brasil nunca levou a sério a questão odontológica, a questão da saúde bucal, como questão de saúde pública? Nunca levou a sério porque a impressão que eu tenho é que rico não tem dor de dente. [breve pausa] Porque rico vai no dentista desde pequeno. Pobre é que começa a colocar [gesticula como quem coloca algo no dente] carqueja, gengibre, cachaça no algodão, álcool 90 no algodão. Ou seja, sabe, tapar... [breve pausa] É verdade, gente [fazendo expressão de desconsolo], pobre sofre demais... Eu quando fui preso, em 80, ô, Arlindo [deputado federal Arlindo Chinaglia, presidente da Câmara dos Deputados, compondo a mesa de abertura da conferência], eu quando fui preso em 80... Se você tiver dúvida, Tião [senador Sebastião Afonso Viana Macedo Neves, o Tião Viana, presidente interino do Senado Federal, compondo a mesa de abertura da conferência], pergunta pro Romeu Tuma [referindo-se ao senador paulista]. Eu tava fazendo um tratamento de canal...*

O modelo de atenção à saúde bucal hegemônico no Brasil é o que denominamos de 'odontologia de mercado'. Segundo esse modelo, as condições de saúde bucal resultam da assistência odontológica prestada às pessoas mediante pagamento direto ou indireto pelos serviços clínico-cirúrgicos realizados. Tais ações têm valor de troca, e o preço de cada serviço deve ser definido de acordo com as regras de funcionamento do mercado. Há vários

problemas com esse modelo, entre os quais a segmentação das práticas de saúde em ramos de especialidade, com subdivisões cada vez mais específicas dificultando a integração das ações e facilitando a mercantilização dos serviços.

Em 24 de maio de 2006, ao receber dirigentes de entidades odontológicas no palácio do Planalto, Lula, novamente falando de improviso, disse-lhes:

> *Vocês estão lembrados que num passado muito distante, o Prestes resolveu fazer a Coluna Prestes e, depois de conhecer os problemas do Brasil, ele resolveu que tinha que virar comunista para resolver os problemas do Brasil. Eu resolvi virar presidente da República para ver se era possível fazer aquilo que eu entendia que precisaria ser feito. [No] tempo em que eu era diretor-presidente do sindicato (...) os metalúrgicos do ABC tinham 16 dentistas, e desde aquele tempo eu era indignado com o tratamento que a saúde bucal tinha no nosso país. Os metalúrgicos, por exemplo, que eram uma categoria considerada de padrão médio, se levasse em conta o conjunto da classe trabalhadora brasileira, nós não tínhamos o direito de fazer tratamento de canal, porque era um tratamento caro, então o sindicato não oferecia tratamento de canal. Naquele tempo, o sindicato oferecia duas coisas, na verdade, obturação de um dente e extração. E tinha um hábito, até, que talvez muitos de vocês não acreditam, é que, quando se extraía um dente, naquele tempo se ganhava o dia, você não ia trabalhar e o dentista dava o atestado médico para você não perder o dia. E tinha pessoas que iam no dentista e nem discutiam o problema do dente, mandavam extrair o dente. Sabe por quê? Porque ele tinha faltado na segunda-feira... Se ele perdesse [o dia], ele perderia logo a segunda e o domingo, ele perderia dois dias. Então, ele falava: com tantos dentes que eu tenho na boca, o que significa tirar um e ganhar o dia? Era exatamente assim que acontecia. Depois as empresas faziam convênios de assistência médica. E outra coisa que me incomodava era que nos convênios, as empresas conveniadas não se obrigavam a cuidar dos dentes. Tudo isso me incomodava, e muitas*

vezes brigamos com as empresas que prestavam assistência médica à Volkswagen, à Mercedes, à Ford, e a tantas outras, porque a boca não era considerada uma parte do corpo humano, quando se falava de saúde. (...) Uma das razões pelas quais eu disse ao companheiro Humberto Costa [ministro da Saúde no período 2003-05] (...) que era preciso fazer o maior esforço possível para que a gente colocasse o tratamento odontológico como uma questão de saúde pública no Brasil, era pelo fato de eu ter ido fazer um debate, há muito tempo atrás, num centro muito especializado em São Paulo, no Incor. E eu lembrei que, quando eu falei de inclusão do tratamento odontológico como saúde pública, as pessoas estranharam, ou seja, não era uma coisa comum. E as pessoas davam como normal o fato de que dentista é dentista, cuida de dentes, e saúde é outra coisa.

Outro problema desse modelo é a restrição de acesso, decorrente da transformação do cuidado odontológico em mercadoria, passível de ser adquirida apenas por quem tem recursos.

Quando Lula simplifica a questão, colocando-a em termos de "ter-não ter dor de dente" e "rico-vai-no-dentista-desde-pequeno", "pobre-sofre-demais", valendo-se de estratégias terapêuticas ineficazes ("carqueja, gengibre, cachaça no algodão, álcool 90 no algodão"), apenas expressa, a seu modo e com seu linguajar característico, sua percepção, que é também a de muitos trabalhadores brasileiros, acerca do modelo da odontologia de mercado. Narrativas com esse conteúdo indicam, por sua vez, uma realidade vivida, caracterizada pela dificuldade de acesso ao tratamento odontológico em contextos em que o modelo de prática é primariamente voltado para as necessidades do mercado de consumo.

Tal percepção é consistente no presidente da República, uma vez que a associação "dor de dente-coisa de pobre" é recorrente em suas falas:

Depois eu tive um outro choque (...) quando eu fui a Portugal. A primeira vez que fui a Portugal, em 1988, eu me deparei com uma realidade que eu não sabia que existia, ou seja, os dentistas em Portugal não faziam universidade de odontologia. Eles eram médicos, faziam um ano de aperfeiçoamento – não sei como é que chamam isso, de pós-graduação –, faziam medicina e, depois que faziam um ano, viravam dentistas. E os dentistas brasileiros que estavam lá passaram a virar os bambambãs no tratamento odontológico em Portugal. Mas era proibido o dentista brasileiro trabalhar. Então, funcionava como se fosse 'bagrinho'. O dentista brasileiro era contratado por um dentista português, não podia ser oficializado. Portanto, ele trabalhava como trabalha um 'bagrinho' no porto de Santos, no porto de Paranaguá ou no porto de Belém, ou seja, ele era chamado para prestar um serviço para o dentista português e ele não podia montar um consultório próprio. Eu me lembro que isso foi em 1988, eu me lembro que eu trouxe a demanda aqui para o Brasil, eu era deputado federal, conversamos na época com o Ministério da Saúde.

Prosseguindo em sua fala para dirigentes de entidades odontológicas, Lula destacou estes aspectos relativos às formas de organização da prática sob orientação do mercado:

*Mas isso demorou para ser resolvido, é uma coisa impressionante a autodefesa das categorias, que aqui no Brasil também tem, é uma coisa que só muito debate vai resolver esse problema, porque é uma autodefesa, que eu acho, às vezes, desnecessária. Pois bem, por que eu estou contando tudo isso? Porque esse conjunto de coisas que foram acontecendo na minha vida me permitiram (*sic*) enxergar que não era possível o Brasil ser justo, no tratamento da saúde do povo brasileiro, se um cidadão que estava com a unha encravada podia ir a um convênio médico e ser tratado, e tudo bem. E esse mesmo cidadão, que tinha uma dor de dente que incomodava mais que a unha encravada, não tinha o tratamento. E somente quem já teve dor de dente sabe o que é uma dor de dente. Eu quero dizer para vocês que eu penso que dor de dente é*

coisa de pobre. O dente do rico não chega a doer, ele trata antes. Ou ele cuidou do dente na infância, na adolescência, em algum momento ele cuidou do dente, porque ele não teve dor de dente. Ele nunca teve que mascar fumo, ele nunca teve que encher um algodão com álcool e enfiar no buraco do dente para parar a dor, ele nunca teve que ir em benzedeira para benzer o dente, e tantas outras coisas. Até creolina em dente o pobre coloca neste país, para evitar a dor de dente. Então, meu Deus do céu, se essa é a realidade do nosso país e, se andando pelo Brasil inteiro, nós encontrávamos, não eram pessoas de 80 anos, de 70 anos, de 50 anos, de 60, de 40, eram meninos e meninas de 18, 19 anos, até menos, às vezes, sem poder sorrir. Quando sorriam, colocavam a mão na frente da boca para ninguém ver que não tinham mais dentes. Enquanto vai perdendo os dentes de trás, não tem problema. Mas quando começa a perder os da frente, as pessoas vão deixando de ser o que são porque não podem mais sorrir, não podem mais conversar. Imaginem isso em uma menina de 20 anos, imaginem um jovem de 19 anos perder um dente da frente. Então, isso foi me incomodando até que eu virei presidente da República e falei: Humberto, nós temos que resolver este problema. Nós temos que resolver, custe o que custar, não vamos ficar discutindo preço, não vamos ficar discutindo se é caro. Eu ia a Cuba... Cuba é um país mais pobre do que o Brasil e as crianças mais pobres de Cuba podiam colocar aqueles aparelhos que vocês chamam ortodontia, para corrigir os dentes. E por que uma criança pobre no Brasil não pode? Por que é uma coisa de classe média, até chique, às vezes? Coloca aquele monte de ferrinhos na boca e fica, às vezes, até mostrando que aquilo não é todo mundo que pode pôr. Isso é como o celular, no começo do celular, ter um celular era moda, as pessoas ainda hoje andam com ele na mão, parece um bem material chique demais. Eu disse: é possível a gente fazer isso.

Chama a atenção, no discurso do presidente, a preocupação com detalhes que envolvem a implementação de uma política pública subsetorial, sobretudo no que diz respeito aos problemas de saúde bucal que afligem os mais pobres:

Foi quando fomos a Sobral [no Ceará] inaugurar o primeiro CEO [Centro de Especialidades Odontológicas]. As coisas já podiam ter avançado mais. É que nem sempre o prefeito entende em um primeiro momento, às vezes ele acha que custa um pouco de dinheiro para ele e não quer fazer. Nós tentamos, desde o começo, já faz dois anos, dar um kit, em que a gente pudesse dar uma escova, dar uma pasta para as crianças mais pobres. Isso está uma guerra há dois anos: licitação, proibição, licitação, proibição [Lula se refere a um embargo judicial do resultado de licitação para a aquisição, pelo Ministério da Saúde, de cerca de dois milhões de conjuntos para higiene bucal, por empresa derrotada no processo licitatório]. Tem sempre um recurso, tem sempre um processo. Parece que, no Brasil, há um tipo de gente que não gosta que se cuide de pobre. Há uma coisa maluca. Tudo o que você vai fazer é mais difícil, tudo o que você vai fazer é complicado porque tem sempre alguém tentando atrapalhar. E nós sabemos que tem ainda muita gente, neste país, que não tem uma escova de dentes, e muito menos pasta. Eu não sei se vocês sabem, mas ainda em muitos lugares do Brasil, as pessoas escovam os dentes com o dedo e com carvão. Em muitos lugares deste país. Porque tudo o que a gente tenta fazer é sempre complicado. Posso dizer para vocês que fazer a coisa para os ricos é muito mais fácil do que fazer para os pobres. Essa é a estrutura do Estado brasileiro, essa é a cultura do Estado brasileiro. (...) Vocês sabem que neste país, em muitos lugares do interior, as pessoas distribuíam dentadura em época de eleição. A gente contando isso... parece piada. Para um companheiro da imprensa de Brasília, ou de São Paulo, ou para um cidadão de classe média que nasceu no centro do Rio de Janeiro, ele pensa que é piada a gente falar isso, mas é a pura realidade do nosso país. E a gente não pode combater isso apenas fazendo discurso, a gente combate isso fazendo políticas públicas inclusivas. (...) O Programa Brasil Sorridente já tem o reconhecimento de todos os dentistas brasileiros, já tem o reconhecimento de uma parte das pessoas que freqüentam os ambulatórios. (...) Meu sonho é que a gente crie uma coisa tão forte na consciência da sociedade, mas tão forte, que quem

> *quer que seja que governe este país, daqui a 20 ou 30 anos, saiba que é importante emprestar dinheiro para a empresa vir para cá, saiba que é importante dar dinheiro para o Ministério do Meio Ambiente, para o Ministério da Saúde, para fazer cirurgia, para comprar equipamento, para fazer reforma agrária, mas não esqueça nunca que o tratamento da boca das pessoas é tão importante quanto cuidar da alma das pessoas, porque as pessoas serão muito mais alegres, a auto-estima será muito maior, e só quem não passou por isso é que não sabe. (...) Eu penso que quem ganha com isso não é o governo, não é um dentista apenas, não é um funcionário, quem ganha com isso são 180 milhões de brasileiros que estão sendo tratados com decência e dignidade.* (A íntegra da fala pode ser encontrada em: http://www.info.planalto.gov.br/download/Discursos/pr1165.doc)

Lula intui que o modelo da odontologia de mercado funciona para "rico", mas não beneficia o "pobre", pois não lhe resolve os problemas. Lula deduz, por sua vivência e experiência com a prática odontológica, que extrair dentes, ou apenas "tapar o buraco" do dente, não resolve nada. Com efeito, na abertura da 13ª CNS ele contou que

> *[Nos anos 1950] eu freqüentava uma escola pública que tinha dentista, tinha médico (...). É preciso que a gente leve dentista na escola. Pra criança não permitir que uma pequena cárie vire um poço da Petrobras! E é preciso que a gente leve, e no nosso programa [não esclarece a que programa se refere] tá colocado isso, duas consultas anuais, pelo menos, pra criança na escola, pra gente fazer a chamada medicina preventiva com as crianças brasileiras, já que elas estão concentradas na escola.*

Parece estar bem viva na memória do presidente da República sua experiência com um modelo de prática odontológica no setor público conhecido como odontologia escolar. Baseando-se no denominado 'sistema incremental', a odontologia escolar

predominou amplamente no setor público na segunda metade do século XX.

O *Manual de Odontologia Sanitária*, publicado em 1960 por Mário Chaves, sistematizou os conhecimentos da época necessários às intervenções de saúde pública no campo odontológico, e se constitui em obra de referência sobre o modelo da odontologia escolar, cuja prática teria início em 1952, em Aimorés, MG, com as atividades desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), segundo o referencial mais amplo conhecido como odontologia sanitária, do qual a odontologia escolar é um desdobramento dirigido a um segmento populacional específico. A partir dessa experiência pioneira em Minas Gerais, o Sesp expandiu as atividades odontológicas, primeiramente no vale do rio Doce e, em seguida, para vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil. O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do país.

O livro de Chaves, expressão-síntese da teoria que embasava tais práticas, marcou profundamente a teoria e a prática da odontologia em saúde pública no país, influenciou várias gerações e estendeu sua influência por toda a América Latina. Dois anos depois do seu lançamento no Brasil, a publicação da versão espanhola, pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), consagrou a obra definitivamente.

Embora no contexto pós-Segunda Guerra Mundial tenha havido uma ligeira expansão da oferta e do consumo de serviços

odontológicos e a consolidação da hegemonia da odontologia de mercado no modelo de atenção à saúde bucal no Brasil, a maioria dos cidadãos brasileiros permanecia sem acesso ao consultório odontológico privado. Naquele cenário, o surgimento dos programas de odontologia escolar produziu uma discreta, mas significativa, ruptura na produção de serviços odontológicos no país: surgia uma modalidade estatal de produção desses serviços. A odontologia de mercado seguia absolutamente majoritária, mas deixara de ser a única modalidade assistencial neste segmento do setor Saúde.

Essa nova modalidade estatal de produção de serviços odontológicos baseava-se na odontologia sanitária, definida por Mário Chaves (1960: 28) como

> a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral (...) da comunidade, [esta entendida como] uma cidade ou parte dela, um estado, região, país ou grupo de países (...). Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa geograficamente e maior a população (...). A idéia de que odontologia sanitária é 'prevenção' ou de que é 'assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo', não tem razão de ser. Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral.

A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para 'diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade' foi o denominado 'sistema incremental'. Vitor Gomes Pinto (2000: 110) o conceitua como "método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente

mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas", assinalando a previsão de "uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações". O autor ressalta que, embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, "sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos".

Analisando o emprego dessa tecnologia no Brasil, Diniz (1987) ponderou que "foi quase uma panacéia para os sanitaristas e para os administradores de serviços odontológicos em nível central, tanto dos órgãos de saúde como nos de formação de recursos humanos", enfatizando que uma norma técnica do Sesp "recomendava dar maior ênfase aos (...) escolares por permitir, em virtude de sua concentração nas escolas, um trabalho sistemático e uma ação dinâmica (...) oferecendo tratamento no próprio local de ensino". Com tais características e recomendações, a ferramenta se confundiu com a própria odontologia sanitária, perdendo-se a noção, tão cara a Chaves, de "trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade". Pode-se dizer que, apesar de muitos programas odontológicos escolares terem se tornado ineficazes em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas, o modelo que lhes deu origem segue projetando uma imagem positiva, associada com a realização de ações de saúde no ambiente escolar. Não é por outra razão que o presidente Lula, tendo vivenciado como estudante a prática da odontologia escolar nos anos 1950,

reafirma, no início do século XXI, que "é preciso que a gente leve dentista na escola (...) pra gente fazer a chamada medicina preventiva com as crianças brasileiras, já que elas estão concentradas na escola".

Lula tem, em parte, razão. A escola deve mesmo ser um espaço para ações de saúde. Mas isso não significa que ações terapêuticas odontológicas, que impliquem algum tipo de cirurgia, devam ser realizadas nesses ambientes. Tais ações devem ser realizadas em ambientes que lhes sejam adequados, sob estrita observância de princípios de biossegurança. E esses ambientes não estão nas escolas, mas em unidades de saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares, o que torna crucial desenvolver, em cada local, modelos de atenção à saúde bucal adequados às diferentes realidades.

Modelos

Desenvolver um conjunto de ações para enfrentar problemas de saúde bucal na dimensão coletiva requer adequado planejamento do que fazer, o que pressupõe delinear um modelo de atenção em saúde bucal. Modelos dessa natureza resultam sempre, contudo, do processo histórico nos quais estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, portanto, suas contradições e conflitos. Admitindo-se, conforme assinalado inicialmente, que saúde bucal é uma abstração útil, deve-se, desde logo, registrar que qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde, em sentido lato, que se logre produzir em cada território – tenha este dimensão nacional, regional ou local. Não é coerente, portanto, nessa perspectiva, pensar um modelo de atenção em saúde bucal em separado, desconectado de outras 'saúdes'.

Atenção e Assistência

Antes de prosseguir, convém esclarecer que se está denominando de 'atenção à saúde' o conjunto de atividades intra e extra-setor Saúde que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a saúde, o que requer realizar ações concomitantes sobre todos os determinantes do processo saúde-doença.

Assim, 'atenção' e 'assistência' são termos aos quais correspondem distintos significados, sendo que, segundo este ponto de vista, a assistência corresponderia ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não.

O leitor mais, digamos, apressado, pode ser levado a pensar que, segundo a concepção apresentada, 'assistência' se oporia a 'atenção'. Convém esclarecer que não. Não se pode falar em atenção sem que, em algum grau, a dimensão da assistência esteja contemplada. Parece oportuno sublinhar, portanto, que a assistência se refere essencialmente às ações individuais. Mas 'sistemas de saúde' são mais do que, apenas, 'sistemas de serviços de saúde' e devem, necessariamente, contemplar, além das ações individuais, também as ações coletivas. Estas impactam grupos de pessoas, considerados individualmente ou em grupo, ou ainda organizações (pessoas jurídicas, particulares ou estatais), e objetivam produzir determinados efeitos precautórios, preventivos ou de controle sobre a ocorrência de eventos geradores de agravos à saúde, doença ou morte. Os conceitos de 'grupo' e 'organização' são decisivos para a caracterização de uma ação de saúde como uma 'ação coletiva', pois pressupõem algum tipo de interesse específico compartilhado ou a interação entre os participantes do grupo ou os membros da organização.

Ainda que, no processo interativo (dinâmica) do grupo, em determinadas situações seja irrelevante a questão de quem é o sujeito da ação, é muito importante não perder de vista que toda ação coletiva de saúde, da mesma forma que qualquer ação individual, deve resultar de um processo de planejamento, tem uma intencionalidade e, sobretudo, tem um responsável, que responde pela ação em qualquer circunstância e instância. São exemplos de ações coletivas: atividade educativa com grupos, dramatizações, palestras, peças publicitárias veiculadas por meios de comunicação de massa, entre outras. Deste ponto de vista, qualquer ação desenvolvida fora do setor Saúde e com algum impacto sobre os níveis de saúde pública, caracterizando o que se denomina de 'ações intersetoriais', situa-se no campo da atenção à saúde e pode ser classificada, dada sua natureza e significado sanitário, como ação coletiva. Assim, a atenção à saúde (bucal, inclusive) só equivaleria à assistência na situação hipotética (e absurda) de um determinado sistema de saúde não realizar qualquer ação coletiva. Em geral, o que se busca com o desenvolvimento de adequados modelos de atenção à saúde é um equilíbrio entre as ações individuais, típicas do setor Saúde, e as ações coletivas, tanto as desenvolvidas intra quanto extra-setor Saúde. Tais características se aplicam, por certo, à área de saúde bucal.

Admitindo-se esse referencial, conceber e implementar modelos de atenção à saúde requer muito mais do que, simplesmente (o que não é pouco, convém assinalar), delinear e gerir sistemas assistenciais. Entretanto, dado que muitas ações decisivas para a 'atenção à saúde' são decididas e planejadas fora do denominado setor Saúde – como, por exemplo, a habitação e a geração de emprego e renda, para não mencionar apenas a

educação –, freqüentemente aos encarregados do planejamento e gestão da saúde resta, efetivamente, tomar decisões sobre sistemas assistenciais. Mas é importante que estes, sem descuidar do modelo assistencial, articulem as ações assistenciais a um conjunto mais amplo de medidas, de modo que os modelos de atenção à saúde sejam a expressão setorial de processos políticos que consigam, efetivamente, produzir socialmente a saúde coletiva. Não reduzindo, portanto, o modelo de atenção ao sistema assistencial. O que fazer e como conseguir isso resulta de complexos processos sociais e políticos cuja discussão e análise transcendem aos objetivos deste livro. Entretanto, deve-se assinalar a importância de, ao se analisarem experiências concretas, sempre levar em consideração alguns aspectos fundamentais do sistema assistencial, para se compreender um determinado modelo e sua evolução. Assim, é importante obter dados e analisar, entre outros: o contexto institucional; a estrutura organizacional; a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos; as características dos processos de administração, gestão e financiamento; os sistemas de informações e, por certo, as características específicas das ações de saúde bucal, em termos individuais e coletivos, bem como os sistemas de atendimento empregados e as técnicas e ambientes de trabalho adotados.

Como tornar possível o desenvolvimento, em bases institucionais, de ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde bucal, em termos coletivos implica identificar, em cada situação concreta, os elementos gerais e os elementos específicos para um adequado diagnóstico da situação de saúde bucal. Isso requer, por sua vez, considerar devidamente as características de cada território, de cada população para a qual se deve planejar ações. Entre os elementos gerais a serem

considerados nesse diagnóstico, os especialistas costumam mencionar os documentos acumulados nas instituições, que permitem recuperar e analisar informações referentes aos aspectos históricos, políticos e culturais da população, aos indicadores econômicos e demográficos e à situação de saneamento do município. É importante, igualmente, fazer levantamento dos serviços existentes, sobre o acesso que a população tem a eles (quer pela capacidade econômica, quer pela localização geográfica), bem como sobre o que os serviços representam para a comunidade. Entre os elementos específicos, deve-se verificar: a) a existência de rede pública de abastecimento de água tratada para a população, e a sua cobertura; b) se a água tratada é também fluoretada artificialmente, ou se já existe presença natural do flúor; c) qual o teor ótimo de flúor para a região e se existe sistema de controle que garanta esses níveis de flúor, inclusive nos pontos afastados da rede; d) se existe acesso da população a outros métodos sistêmicos coletivos de uso do flúor, e qual o seu controle; e) a existência de indicadores epidemiológicos de agravos à saúde bucal; f) a capacidade instalada dos serviços odontológicos – públicos, filantrópicos, universitários e privados – disponíveis para a população, aqui incluídos os recursos humanos, caracterizando o seu sistema de atendimento; g) os serviços de atenção secundária e terciária existentes na região em sistema de referência e contra-referência para a rede básica; h) que grupos populacionais são atendidos e qual a capacidade de cobertura dos serviços disponíveis.

Considerar esses aspectos contribui para identificar rumos a seguir, delineando um modelo de atenção à saúde bucal que leve em conta os determinantes socioeconômicos e políticos. Mas não basta ter rumo – nem, muito menos, pretender 'aplicar

modelos' construídos em abstrato, como se estes fossem aplicáveis em quaisquer tempo e lugar, para qualquer população. É preciso mais. É indispensável reunir as condições (recursos e forças políticas) para viabilizar possibilidades em cada contexto histórico específico. Não basta, portanto, que esta ou aquela ação seja tecnicamente factível. É preciso criar as condições que tornem viável sua concretização. Temos reiterado, em diferentes fóruns e oportunidades, que o desafio principal é o de tornar o factível viável e, então, construí-lo em cada realidade concreta. Sendo esta uma tarefa essencialmente política, vale lembrar Paulo Freire, de quem ouvimos que para que se possa fazer amanhã o impossível de hoje, é necessário fazer hoje o possível de hoje, uma vez que

> o mundo não é. O mundo está sendo. (...) meu papel no mundo não é só de quem constata o que ocorre mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. (...) No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar mas para mudar. (Freire, 1996: 76-77)

5 | Saúde Bucal: direito?

Eu quando fui preso, em 80 – contou o presidente Luiz Inácio Lula da Silva na sessão de abertura da 13ª Conferência Nacional de Saúde – ô, Arlindo [deputado federal Arlindo Chinaglia, presidente da Câmara dos Deputados, compondo a mesa de abertura da conferência], eu quando fui preso em 80... Se você tiver dúvida, Tião [senador Sebastião Afonso Viana Macedo Neves, o Tião Viana, presidente interino do Senado Federal, compondo a mesa de abertura da conferência], pergunta pro Romeu Tuma [referindo-se ao senador paulista Romeu Tuma]. Eu tava fazendo um tratamento de canal. Quando eu fui preso, pedi pra minha mulher levar pra mim... agulha! Dentro da cadeia! [risos discretos entre os componentes da mesa] E quando o dente começava a doer, eu acabava de comer, sabe o que eu fazia? Eu ia pro espelho [faz movimentos com os dedos da mão esquerda, como quem está girando um instrumento de tratamento de canal] limpar o meu dente com aquela agulha [breve pausa]. Até que um dia estourou, a boca inchou e o Tuma, duas horas da manhã, arrumou um dentista... Que tava com medo de me machucar, como eu nunca vi alguém com [tanto] medo na vida! Porque naquele tempo tinha muita gente na rua fazendo luta em solidariedade à greve dos trabalhadores metalúrgicos. E a gente tinha muita força [pára o improviso e volta ao texto dos assessores].

O relato de Lula é eloqüente quanto à conquista do direito ao cuidado odontológico. As autoridades policiais que o tinham sob custódia sabiam o valor da saúde do então líder operário – e fizeram o que puderam para tratá-lo.

O episódio do canal dentário, relatado com bom humor por Lula na abertura de uma conferência de saúde, para ilustrar a importância que, segundo ele, seu governo tem dado à saúde bucal, ilustra também, a despeito do que ele pense sobre o assunto, que não é nada fácil assegurar a saúde bucal como um direito humano. No episódio envolvendo Lula, "tinha muita gente na rua fazendo luta em solidariedade à greve dos trabalhadores metalúrgicos" que ele liderava. E aqueles trabalhadores tinham "muita força".

Mas, e os despossuídos? E os que não têm força? O que podem fazer? Quem pode lutar com e por eles?

Parece indispensável não abrir mão do reconhecimento da saúde bucal como direito de todos, como direito humano. No Fórum de Lima, reiterou-se que a saúde é um direito humano fundamental, um bem público e componente essencial para o desenvolvimento e bem-estar dos indivíduos e das populações. E que não há saúde sem saúde bucal. A reafirmação de que não há saúde sem saúde bucal é estratégica, e deve ser feita permanentemente, de todas as formas e em todas as esferas, no âmbito do Estado e na sociedade civil. Todos devem reconhecer que saúde bucal não é 'algo à parte' na saúde.

Assistência Odontológica no Brasil

Em "Brasil, 500 anos: país dos banguelas", afirmamos que

> a chegada dos portugueses causou espanto. Tudo era muito estranho, das caravelas às roupas e barbas. Mas as bocas impressionaram igualmente. O escorbuto dilacerava as comissuras labiais e as gengivas. A cárie dentária completava a mutilação dentária e produzia uma boca banguela muito diferente. Havia cárie entre os primeiros habitantes do Brasil,

> mas a ocorrência não se comparava à observada entre os que chegavam. Os anos e os séculos foram se passando e, além de se transformar no país do futebol e do Carnaval, o Brasil via sua imagem se associar à de país de banguelas. Não porque a cárie dentária tenha sido 'transmitida' pelos portugueses, como o foram outras doenças (a sífilis, por exemplo), mas por causa da cana-de-açúcar, que ocupou papel central na economia brasileira durante todo o período colonial. (Narvai, 2000: 1)

Dada a reconhecida associação entre prevalência de cárie e consumo de açúcar, não é difícil deduzir o significado epidemiológico desta singularidade brasileira representada pela farta e contínua disponibilidade de açúcar a baixo custo, tornando-o de amplo acesso popular em todo o território nacional.

Em *Casa-Grande & Senzala*, Gilberto Freyre comenta as condições de nutrição no Brasil colonial afirmando que "fartura só a de doce, geléias e pastéis...". Diz ainda, citando Afonso de Taunay, que o médico sueco Gustavo Beyer ficou "impressionado" com o que viu:

> Viajando pelos arredores de Itu é impossível não se notar que toda a gente da classe baixa tem os dentes incisivos perdidos pelo uso constante da cana-de-açúcar que, sem cessar, chupa e conserva na boca em pedaços de algumas polegadas (...) quer em casa quer fora dela não a larga (...). A classe superior gosta igualmente de doce.

E, para que não paire qualquer dúvida sobre o significado da cana-de-açúcar no cotidiano alimentar do período, complementa: "Os próprios bois e burros também participam da mesma inclinação. Encontram-se eles, tal qual seus condutores, mastigando cana" (*apud* Freyre, 1999: 477).

Nesse cenário de açúcar em abundância e dentes deteriorados por cárie, causando dores, sofrimentos e infecções, havia que

buscar soluções, tratar dos doentes, cuidar dos que sofriam. Mas, em uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, as respostas a esses problemas eram, e continuam sendo mais de cinco séculos depois da chegada dos portugueses, profundamente desiguais.

No período colonial, índios e negros valiam-se dos seus conhecimentos para enfrentar dores e sofrimentos de origem dentária. As práticas baseavam-se em ritos, que incluíam ervas, rezas e procedimentos com instrumentos rudimentares. Aos poucos, foram chegando de Portugal os mestres cirurgiões e barbeiros. Eram mestres de ofícios que "curavam de cirurgia, sangravam e tiravam os dentes" (Salles-Cunha, 1963). E ensinavam seu ofício: Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes, mártir da Independência do Brasil, aprendeu os primeiros passos do ofício com um padrinho, que era cirurgião. Filho de um português e uma brasileira, Tiradentes ficou órfão aos 11 anos de idade, em 1757, e, não podendo fazer os estudos regulares, foi ajudando e aprendendo o ofício, como muitos fizeram no seu tempo. Tiradentes é atualmente o patrono da odontologia brasileira.

A institucionalização da formação de recursos humanos especializados e a organização das atividades profissionais na área da saúde no território foram impulsionadas após a chegada da família real ao Brasil, em janeiro de 1808. Após a instalação do Reino no Brasil, a primeira "Carta de Dentista" foi expedida em 1811, para Pedro Martins de Moura, um português. Essa carta o autorizava expressamente a tirar dentes, não mencionando cirurgias, próteses, curativos ou medicações.

Em 1856 foi instituído, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, exame para dentistas se habilitarem ao exercício da profissão.

Em 25 de outubro (o Dia do Cirurgião-Dentista, atualmente) de 1884 foram criados, por meio do decreto 9.311, cursos de odontologia nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Ao término do curso, "sem colar grau ou outras formalidades", os alunos recebiam o título de 'dentista'. A denominação de 'cirurgião-dentista' como título outorgado aos egressos dos cursos brasileiros ocorreria nove anos mais tarde, já no período republicano, com a Reforma Alvarenga, que introduziu modificações no ensino para compatibilizar tais cursos às determinações de 1892 do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Essa denominação permanece até os dias atuais.

Analisando aspectos de exclusão e resistência envolvendo dentistas práticos na história de profissionalização da odontologia no Brasil, Carvalho (2003: 109) admite a existência de

> pelo menos, três tipos de praticantes da arte dentária, na segunda metade do século XIX, no Brasil: o barbeiro, o sangrador e o dentista. Um quarto profissional a ser incluído nessa lista é, sem dúvida, o cirurgião que, muitas vezes, tinha que se dedicar ao desempenho das tarefas do dentista, especialmente as de natureza cirúrgica. Por força das modificações impostas pela regulamentação das ocupações sanitárias, o barbeiro vai abandonando, aos poucos, suas múltiplas funções e passa a dedicar-se cada vez mais às atividades típicas da barbearia. No desenrolar deste processo consolida-se a distinção entre a figura do médico, do cirurgião e, especialmente, do dentista, que tradicionalmente vinha dividindo espaço com barbeiros e sangradores.

Mas a distinção entre médicos e dentistas, ainda em meados do século XIX, não era muito nítida. Amarante (2006) reproduz um anúncio de jornal, publicado no Paraná em 9 de janeiro de 1869, citado originalmente por Lindolfo Ribeiro Fernandes Junior (1988):

> Médico Dentista Francês, o Dr. C.C. Barroium, formado em medicina pela Faculdade de Paris, se demora ainda algum tempo na cidade de Paranaguá, a fim de concluir os tratamentos (...) e em breve se dirigirá (...) onde se achará a disposição de todas as pessoas que precisarem de seu mister; bem como a colocação de dentaduras com base de ouro, ou de vulcanite etc., e tudo que diz respeito a prothese, medicina e cirurgia dentária e bucal. Prevenindo o respeitável público que a longa prática de já 26 anos no império oferece uma garantia segura, assegura que sempre se esforçou para merecer nunca foi desmentida. (*apud* Amarante, 2006: 13)

Com a República, proclamada em 1889, vieram transformações profundas na vida nacional, sobretudo a partir da Revolução de 1930. Com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (funções que, até 1930, eram exercidas por órgãos pertencentes a outros ministérios), fixaram-se vários dispositivos legais visando à reforma do ensino e à regulamentação das profissões, aprovando-se legislação restritiva do exercício das atividades odontológicas em 1933 (decreto nº 23.540) e limitando-se a seis meses o prazo para licenciamento dos praticantes não portadores de diploma. Assim, a partir de junho de 1934, o exercício da odontologia deixou de ser permitido a quem não fosse diplomado por escola federal ou equiparada.

Nas décadas seguintes, as profundas transformações postas em prática no ensino odontológico nos Estados Unidos, em decorrência do Relatório Gies, influenciariam decisivamente os rumos da formação odontológica também no Brasil. Moysés (2008) assinala que William J. Gies foi "um dos fundadores da Columbia University School of Dental and Oral Surgery e importante protagonista na criação da International Association for Dental Research, em 1920". Seu relatório,

> produto de longa investigação financiada pela Carnegie Foundation, buscou detalhar os problemas e as insuficiências das escolas odontológicas dos Estados Unidos e Canadá, em trabalho similar ao conhecido Relatório Flexner da área médica, publicado em 1910 [e objetivou] conferir maior rigor científico à formação de médicos e dentistas.

O autor assinala ainda que

> alguns efeitos das recomendações de Gies, adotadas pelo governo americano, fizeram-se visíveis ao longo do século XX, como, por exemplo: ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como lócus privilegiado do exercício profissional. (Moysés, 2008: 84)

O impacto dessas profundas transformações no ensino e na prática da odontologia pode ser deduzido de uma afirmação de Tebyriçá (1928), reproduzida por Botazzo em *Da Arte Dentária* (2000: 110):

> até o século passado [XIX] a Odontologia propriamente dita não existia (...). Com o advento da restauração dos dentes cariados com o chumbo, surgiu a odontologia, ciência e arte de conservar e corrigir os dentes.

A prática odontológica hegemônica no Brasil no século XX, a odontologia de mercado, apresentou características que expressam as profundas transformações experimentadas pela sociedade brasileira ao longo de todo o século, com acentuado crescimento econômico, industrialização e urbanização. Tais mudanças repercutiram intensamente na prática odontológica, que se tornou complexa e passou a concentrar, crescentemente, sofisticada tecnologia. Em conseqüência dessas transformações e em coerência

com as características gerais do capitalismo dependente que se consolidou no país, observou-se grande expansão no número de cursos de odontologia, sobretudo nas duas últimas décadas do século.

O vertiginoso aumento do número de cirurgiões-dentistas em atividade no Brasil produziu, ao longo do século passado, o surgimento de uma categoria profissional de estrutura complexa e com razoável poder corporativo. Assim é que, em 1964, foram criados o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e vários Conselhos Regionais de Odontologia (CRO), originalmente autarquias do poder público federal, vinculadas ao Ministério do Trabalho, incumbidos de fiscalizar o exercício profissional. Em 1966 a lei 5.081 regulamentou o exercício da odontologia no território brasileiro.

A partir dos anos 1960, e, sobretudo, após a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) dando origem, em 1967, ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ligado ao Ministério do Trabalho, a expansão da assistência médico-odontológica foi crescente no setor estatal. A partir da década de 1970, trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos foram incorporados ao sistema previdenciário. Foram estabelecidos milhares de convênios e contratos com médicos, dentistas, hospitais e clínicas particulares existentes no país. Em 1974, no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi implantado o Plano de Pronta Ação, com a extensão do atendimento de urgência e emergência aos não-previdenciários.

O aumento da complexidade administrativa e financeira da assistência à saúde no conjunto de benefícios (aposentadorias, pensões etc.) previstos na estrutura do INPS levou, entre outros aspectos, à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) em 1978. O resultado foi o

aprofundamento da dicotomia saúde pública-saúde previdenciária. No campo da assistência odontológica, essa divisão se traduziu, naquela época, de um lado pelo modelo da odontologia escolar mantido pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp/Ministério da Saúde) e por várias secretarias estaduais e municipais de Educação, e de outro pelo modelo praticado pelos serviços odontológicos financiados pelo Inamps, em que predominava o atendimento voltado para a demanda espontânea e a prática da aplicação de solução anestésica em vários pacientes, seguida da extração ou restauração dos dentes. Tais 'tecnologias' foram rejeitadas pelos trabalhadores.

Para se ter uma idéia dos efeitos produzidos, em 1980, para um total de 5,8 milhões de consultas (registradas por 2.415 cirurgiões-dentistas com contrato de quarenta horas de trabalho semanais) foram efetuadas 2,2 milhões de extrações e 1,8 milhão de restaurações nos serviços próprios do Inamps. Havia 2.957 convênios com sindicatos rurais em 1981, mediante os quais foram produzidas 10,8 milhões de consultas que resultaram em 7,8 milhões de extrações e 5,6 milhões de restaurações. Para alguns analistas, essa prática caracteriza um modelo cirúrgico-restaurador transferido mecanicamente para o Inamps e afinado com a tradição liberal que tem caracterizado a odontologia brasileira.

A crise do modelo previdenciário leva à criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (decreto nº 86.329, de 2/9/1981), que propõe várias medidas para mudança do modelo assistencial vigente. Entre essas medidas, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (Praod), que buscava reverter o quadro que caracterizava o modelo de assistência odontológica da Previdência Social, marcado por indefinição de diretrizes, distribuição desigual de recursos humanos

e materiais, assistência à livre demanda predominantemente curativa e mutiladora, baixa incorporação de pessoal auxiliar e mecanismos inadequados de planejamento, controle e avaliação.

Para nós, mais que um modelo cirúrgico-restaurador, esse tipo de prática que marcou a assistência odontológica previdenciária sintetizou o modelo da odontologia de mercado inserido no aparelho estatal. Neste, as ações tinham por objetivo a oferta de respostas imediatas às queixas dos indivíduos a fim de, por meio de um seguro social, disciplinar e manter em boas condições a força de trabalho empregada no sistema de produção. Nesse modelo desconsidera-se a dimensão coletiva do processo saúde-doença e a defesa da cidadania, a serem garantidas por meio de ações de regulação, tanto da ação predatória do capital quanto da ação autoritária do Estado.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Ao mesmo tempo que, na organização da assistência odontológica individual, a teoria da odontologia sanitária fez florescer os sistemas incrementais, em outra direção, ou seja, na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção da cárie dentária, esse pensamento embasou a formulação de propostas de iniciativas intersetoriais envolvendo o uso de substâncias fluoradas em sistemas públicos de abastecimento de água e em unidades escolares. Com base nos resultados obtidos nas primeiras iniciativas de ajuste do teor de flúor nas estações de tratamento, leis municipais e estaduais foram aprovadas, processo que culminou com a promulgação, em 24 de maio de 1974, da lei federal 6.050, que obrigou a aplicação da medida nos projetos destinados à construção ou à ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água. Nas unidades escolares, variadas técnicas de uso tópico

de flúor foram desenvolvidas ao longo da segunda metade do século XX, envolvendo diferentes freqüências de aplicação e de concentração da substância nos produtos.

Pode-se afirmar que, no Brasil, a combinação da adição de flúor às águas de abastecimento público e aos cremes dentais está entre as medidas que mais têm contribuído para o declínio na prevalência e severidade da cárie dentária na população infantil. Trata-se de iniciativas que, extrapolando o setor Saúde *stricto sensu*, têm forte impacto nos padrões de saúde bucal, caracterizando, como vimos, a noção de 'sistema de atenção à saúde', no qual medidas populacionais de amplo impacto, voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, desempenham papel estratégico, tanto quanto as ações de assistência individual.

A fluoretação das águas de abastecimento público como medida preventiva típica de saúde pública para prevenir cárie dentária é uma tecnologia conhecida nos Estados Unidos desde os anos 1940. Desde então tem beneficiado milhões de pessoas em todo o mundo. Foi considerada, naquele país, uma das dez principais conquistas de saúde pública no século XX, e continua sendo a principal estratégia para prevenção da cárie e objeto de metas específicas no planejamento nacional de saúde. Em meados do século XX, quando a maioria das pastas de dente não tinha flúor, o poder preventivo da fluoretação da água era de cerca de 60% para dentes permanentes. Com o cenário atual, de exposição a múltiplas fontes de flúor, esse poder preventivo, considerado isoladamente, diminuiu, sobretudo nos países desenvolvidos. Mas a fluoretação continua sendo efetiva, a ponto de nos Estados Unidos não se abrir mão dessa medida. No Brasil, mesmo em estados como os da região Sul, com bons índices de desenvolvimento humano e indicadores

socioeconômicos positivos, ou em São Paulo, a efetividade da fluoretação da água continua alta. No estado de São Paulo, era superior a 50% em 2002.

No Brasil, o primeiro município a ter suas águas fluoretadas foi Baixo Guandu, no Espírito Santo, em 1953, como parte da estratégia adotada pelo Sesp para prevenir a cárie. Foi lenta a expansão dessa medida até meados dos anos 1980. A partir de então, houve grande expansão da fluoretação das águas no Brasil, decorrente de decisão governamental federal de apoiar financeiramente iniciativas nessa área e conseqüência também da eleição direta de governadores e do surgimento de novos coordenadores estaduais de saúde bucal, muitos dos quais empenhados em reorientar as políticas públicas neste setor. Entre outros, o caso do estado de São Paulo é indicativo do sentido daquelas mudanças: celebração de dezenas de convênios para municipalização da assistência; estímulo ao trabalho em clínicas modulares, fixas e transportáveis; incorporação de pessoal auxiliar e formação de equipes de saúde bucal; desenvolvimento de sistemas de prevenção baseados na fluoretação das águas. Apesar de certa oposição, foi feita a fluoretação dos municípios da região metropolitana de São Paulo, e no dia 31 de outubro de 1985 teve início oficialmente a fluoretação na capital. Em 1985-86 o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa sobre cárie em escolares da cidade. Pesquisa semelhante realizada 11 anos depois permitiu identificar uma redução da ordem de 67,7% na prevalência de cárie na idade-índice de 12 anos. É nítido que o início da tendência ao declínio nos níveis de cárie nas crianças paulistanas coincide com o início da fluoretação das águas da cidade.

Desde 1974, a fluoretação das águas é obrigatória no Brasil, "onde exista Estação de Tratamento de Água". Tal obriga-

toriedade foi estabelecida pela lei federal 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22 de dezembro de 1975. O estabelecimento de normas legais sobre o assunto foi decisivo para esclarecer dúvidas, dar sustentação ao processo de fluoretação em todo o país e facilitar a alocação de recursos para tais empreendimentos.

Segundo o Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/bucal), "aproximadamente 100 milhões" de brasileiros estariam sendo beneficiados pela agregação de flúor às águas em 2007. Em estudo realizado no município de São Paulo, Frias constatou que o custo médio *per capita*/ano foi de R$ 0,08 (US$ 0,03) em 2003. O custo acumulado em 18 anos de implantação do sistema de fluoretação foi de R$ 1,44 (US$ 0,97) *per capita* (Frias *et al.*, 2006). Trata-se, sem dúvida, da melhor relação custo-benefício verificada entre todas as atividades específicas da prática odontológica. Manter um indivíduo beneficiado pela fluoretação da água ao longo de toda a sua vida custa o equivalente a uma única restauração dentária. Apesar disso, várias grandes cidades brasileiras, entre as quais várias capitais estaduais, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, não fluoretam suas águas. Ou, sob pressões orçamentárias, interrompem o processo. Considerando-se a experiência brasileira e internacional e os conhecimentos disponíveis, é possível afirmar que tais decisões não se justificam e que a fluoretação das águas é uma medida cuja defesa deve ser contínua e permanente por parte de todos aqueles – tanto os Conselhos de Saúde quanto os sanitaristas e os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde e saneamento – que compreendem a saúde como direito universal. Embora, como iniciativa intersetorial, a adição de flúor aos cremes dentais de amplo consumo não se constitua em uma política pública na acepção

precisa do termo (a adição não é obrigatória), nem seja executada por organizações estatais ou empresas concessionárias do poder público, ela tem sido importante política de saúde bucal mantida pelos fabricantes desses produtos. Praticamente todos os dentifrícios comercializados no país, e com relevância no mercado, contêm fluoretos. Segundo os produtores, em 1997 os brasileiros estavam consumindo 508 gramas *per capita* – um dos melhores índices em nível mundial, com tendência de aumento nas vendas.

Os conhecimentos adquiridos no campo das políticas de atenção à saúde a partir da redução das doenças transmissíveis ocorrida com a ampliação das medidas de vacinação, saneamento básico e nutrição foram importantes para a formação de especialistas e para impulsionar a pesquisa sobre o uso do flúor em saúde coletiva.

Neste início do século XXI, as lições aprendidas indicam que a maioria das doenças crônicas possui fatores de risco comuns e modificáveis relacionados a características socioambientais e comportamentais que exercem influência significativa tanto na ocorrência das doenças bucais como nas principais doenças crônicas. Abandono do uso do tabaco, redução da ingestão de álcool e diminuição do consumo de açúcar são objetivos que, combinados a um esforço para melhorar os níveis de higiene bucal e o acesso a produtos fluorados, podem redundar no controle da cárie dentária, da doença periodontal e do câncer de boca. Uso de cinto de segurança nos veículos e controle do comércio de armas reduzem traumatismos em geral, incluindo os bucomaxilofaciais, assim como o uso de preservativos ajuda no controle da síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), que tem importante impacto sobre a saúde bucal. Por essa razão,

as iniciativas intersetoriais, orientadas por uma abordagem integral que tem por base os fatores de risco comuns, são uma estratégia promissora para se alcançar maior efetividade nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

6 | Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos constituintes de 1988, a inserção da saúde bucal nesse sistema tem sido marcada por conflitos e contradições. Autoridades sanitárias, de ministros a diretores de unidades básicas de saúde, resistem em aceitar que recursos públicos, "escassos" (*sic*), sejam investidos nessa modalidade assistencial, em detrimento de outras áreas tidas como estratégicas.

Chama a atenção, a propósito, o contraste entre áreas como saúde mental e saúde bucal. Na área de saúde mental há todo um debate sobre o papel autoritário historicamente desempenhado pelas instituições do Estado, no Brasil e em outros países, ao lidarem com pessoas atingidas por algum "problema de saúde mental". Dos "alienados" aos "loucos", passando por "histerias" e "neuroses", a história das políticas de "saúde mental" tem sido a história de um conflito aberto entre liberdades individuais e os apelos "da sociedade" para que o Estado "faça alguma coisa". E tudo o que "o Estado", em diferentes países, tem feito na área de saúde mental desperta interesse em amplos e diferenciados setores das sociedades. Mobilizando de literatos, como Machado de Assis no Brasil, com seu clássico *O Alienista*, a cineastas, sociólogos e antropólogos, além de médicos psiquiatras, em todo o planeta, os problemas e o que fazer em saúde mental têm sido objeto de amplo e profundo debate público, ao longo do tempo. As propostas de intervenção em saúde mental produzem diferentes

impactos nas pessoas. O que fazer e também o que não fazer – seja pelos próprios indivíduos, as famílias, o Estado – têm motivado produções intelectuais relevantes em vários setores da atividade humana. Os conflitos gerados pela defesa das liberdades individuais, de um lado, e as ações patrocinadas pelo Estado, de outro, têm marcado a área de saúde mental também no Brasil, onde desponta, por exemplo, o movimento de luta antimanicomial e onde representa enorme desafio delinear e implementar uma política de saúde mental que lide adequadamente com estas duas dimensões: o papel do Estado e o respeito aos direitos individuais.

Contudo, em nosso país e em todo o mundo, a história das políticas públicas de saúde bucal tem sido, ao contrário, a história da omissão do Estado, um exemplo de um dos setores em que este resiste a desenvolver ações reguladoras, política sustentada pela tradição liberal-privatista da profissão expressa pela odontologia de mercado. Em conseqüência, na área odontológica essa tem sido a história da organização de cidadãos para tentar "arrancar" dos seus respectivos Estados algum compromisso de prover diretamente serviços, ou financiá-los ou, pelo menos, regulamentar as ações de particulares no setor.

O Período Pré-SUS e os Conflitos nos Primeiros Anos

Apesar de os delegados participantes da 1ª CNSB (1986) terem proposto claramente a "inserção da saúde bucal no sistema único de saúde" por meio de um "Programa Nacional de Saúde Bucal com base nas diretrizes da área, respeitando-se as definições que cabem aos níveis federal, estadual e municipal (...) universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado, com

a municipalização dos serviços e fortalecimento do poder decisório municipal", os governos que se sucederam desde então não acataram essa deliberação.

Tendo em vista as denúncias, praticamente diárias, de corrupção e desvios de recursos públicos no sistema previdenciário nos anos 1970-80, os participantes da 1ª CNSB afirmaram que deveria haver a

> suspensão dos recursos [do Estado] aplicados no setor privado, com sua utilização na ampliação e plena ocupação dos serviços próprios, como forma de implementar o Sistema Único de Saúde (...) com intervenção nos serviços fraudadores e desapropriação, com indenização, dos serviços estrategicamente necessários ao pleno funcionamento do sistema. (CNSB, 1986)

A resposta do governo federal expressa os conflitos do período. Por parte do Ministério da Previdência e Assistência Social, a ação foi criar um Departamento de Odontologia no Inamps e implementar, em 1988, um Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF), planejado e executado de modo vertical e centralizado na direção geral do órgão, no Rio de Janeiro. Ao invés de descentralizar as ações para que os municípios pudessem planejar localmente o que fazer em saúde bucal, o governo federal instituía mais um programa nacional, centralizado e vertical. Pior: nesse contexto em que se reivindicava descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, incluindo os odontológicos, o MS definiu, em 1989, inclusive de modo paralelo e concomitante à iniciativa do Inamps, do mesmo governo federal, uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Com base nessa PNSB o MS lançou, também de modo centralizado e vertical, o Programa

Nacional de Prevenção da Cárie Dental (Precad). Ambos os programas federais na área de saúde bucal, o PNCCSF e o Precad, foram definidos em absoluta contraposição à unificação e à descentralização do sistema de saúde, que naquele contexto passavam a se constituir em exigência claramente fixada pela Constituição da República promulgada em 1988.

Ademais, o governo federal sinalizou, naquele momento, grande falta de sintonia com as aspirações de estados e municípios. Além de praticamente ignorar as deliberações da 1ª CNSB, desconsiderou também o conjunto de proposições apresentado por administradores e técnicos de serviços públicos odontológicos que, reunidos em Goiânia em 1984, em um encontro nacional, aprovaram o documento intitulado "Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático". Nesse documento, entre dezenas de outras proposições, reivindicava-se o direito e a necessidade de estados e municípios planejarem e implementarem ações de saúde bucal de acordo com suas respectivas realidades sociais e epidemiológicas.

A eleição direta de Fernando Collor de Mello à Presidência da República, em 1989, encerrando um longo ciclo de presidentes ilegítimos, pôs fim igualmente aos dois programas nacionais de saúde bucal, o PNCCSF e o Precad, formulados na gestão que a precedeu. O novo governo definiu sua política nacional de saúde no documento intitulado "Plano Quinqüenal de Saúde 1990-1995: a saúde do Brasil Novo" e não explicitou uma política nacional específica para a área de saúde bucal. No mencionado documento apresentavam-se metas para câncer de orofaringe, cárie e doença periodontal, assim como as atividades a serem desenvolvidas para alcançá-las. As metas mencionavam a redução na porcentagem de diagnósticos tardios de câncer "de 80% para

menos de 40%", a "diminuição de 30% da mortalidade por câncer bucal", entre 1989 e 1995, e a "redução de 50% do número de crianças em idade escolar atingidas por manifestações de doença periodontal", entre outras esquisitices epidemiológicas. Quanto à cárie dentária, propunha-se "a diminuição do número de dentes atacados por cárie aos 12 anos (...) de 6,7 em média, para 4,3, até 31 de agosto de 1995".

Durante o governo Collor a Divisão Nacional de Saúde Bucal foi transformada em uma coordenação técnica subordinada à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O Inamps foi extinto, mas a lógica de financiamento da rede de unidades de saúde por meio de um sistema de transferência de recursos por produção de serviços foi mantida. Desse modo, estados e municípios passaram a ser considerados, pelo governo neoliberal da época, prestadores estatais de serviços de saúde. Uma rede formada por prestadores privados e estatais isolados favorecia o desempenho desordenado dos órgãos conveniados e contratados. Esse modelo de atenção, que valorizava a quantidade de procedimentos executados, acarretava conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, desperdício de recursos e mau atendimento à população.

Nesse contexto, foi aprovada a portaria n° 184, que inseriu os "Procedimentos Coletivos" de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Como no período eram financiadas somente iniciativas intersetoriais ligadas à fluoretação das águas e ações individuais relativas à assistência odontológica, sua edição criou condições para que atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal (entre as quais aplicação de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme

dental fluorado) pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde.

A partir desse instante, a Reforma Sanitária (RS) ganhou impulso no modelo da odontologia escolar. Naquela época, os municípios mais desenvolvidos procuravam assegurar consulta de urgência a toda a população e tratamento aos escolares de acordo com os princípios do sistema incremental. Para isso, a maioria dos profissionais era distribuída em unidades escolares. Ao mesmo tempo que não havia dentistas para todas as escolas, e nem todas as escolas dispunham de espaço para consultório, encontravam-se situações de escolas pequenas, com cerca de quinhentos alunos, providas de um dentista com jornada de quarenta horas, "um luxo", como se diz popularmente, se consideradas as características de financiamento do sistema.

Não obstante os avanços no período pós-SUS, ainda existem tais situações no país, seja pela tradição da profissão, seja pelos costumes políticos em nosso meio. É certo, contudo, que um importante efeito da RS foi a realocação dos recursos odontológicos lotados em unidades escolares para a rede de unidades de atenção básica à saúde, que criou condições para uma integração vertical e horizontal mais adequada entre as ações de saúde bucal e os programas de saúde e demais níveis de atenção do sistema.

Esse deslocamento de recursos não foi nem é realizado sem conflitos pelos sistemas municipais de saúde. Nem todos os dirigentes e pais de alunos enxergam a unidade escolar como parte de um sistema. Muitos podem considerar suas unidades escolares como uma 'ilha', considerar a realocação do recurso como uma perda e ainda ter dificuldades para compreender a necessidade de mudança do modelo de

atenção requerida pela modificação do padrão epidemiológico da cárie dentária na infância.

Nesse governo, foi também proposta a substituição da política de fluoretação das águas de abastecimento público (aprovada em 1974 pela lei federal 6.050) pela fluoretação do sal de cozinha, iniciativa que encontrou forte oposição do Conselho Nacional de Saúde e dos técnicos e especialistas da área, e não prosperou. Cabe assinalar que a Política Nacional de Saúde Bucal, aprovada em 25 de outubro de 1988 pelos ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, da Educação e pelas cinco entidades profissionais da odontologia no âmbito nacional – Conselho Federal de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Federação Nacional de Odontologistas, Associação Brasileira de Ensino Odontológico e Academia Brasileira de Odontologia –, havia reafirmado a estratégia sanitária de fluoretação das águas de abastecimento público como um dos pilares básicos para a prevenção da cárie dentária no Brasil.

Collor sofreu *impeachment* em 1992, e no governo que se seguiu (Itamar Franco), houve expressivo declínio nas ações de saúde bucal no âmbito do Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal, que seguiu praticamente irrelevante durante os anos 1990, atravessando o governo de Itamar Franco e os dois governos de Fernando Henrique Cardoso sem qualquer renovação. A situação só viria a se alterar com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002.

Em 1993, logo após a saída de Collor (29/12/1992), realizou-se a 2ª CNSB, sob o tema central "Saúde bucal é direito de cidadania", em uma conjuntura nacional marcada pela perspectiva de ampla revisão da Constituição de 1988 – inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagra a "saúde como direito de

todos e dever do Estado" – e por eleições presidenciais no ano seguinte. Essa segunda conferência, específica sobre saúde bucal, esteve articulada à 9ª CNS (1992), cujas discussões se voltaram principalmente para os problemas decorrentes da forte resistência do governo federal a assegurar ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS e a avançar na descentralização das ações e serviços. Os estados e, sobretudo, os municípios, expressavam franca animosidade contra as resistências do governo federal em avançar na descentralização do sistema. A etapa nacional da 2ª CNSB aconteceu em Brasília, em 25 e 26 de setembro de 1993. Na "Carta da 2ª CNSB", o texto que abre o documento com as deliberações do evento, afirmava-se que o pensamento e a prática neoliberais modernistas, que assolam o mundo, atingem de maneira drástica o Brasil. A recessão, o desemprego, o arrocho salarial, a fome, a miséria, a falta de saneamento e moradia são resultados da política do 'Estado mínimo' que vem desmontando os serviços públicos e comprometendo brutalmente as garantias mínimas de cidadania (CNSB, 1994).

A 2ª CNSB aprovou diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, reconhecendo-a como "direito de cidadania" e indicando as características de "um novo modelo de atenção em saúde bucal" e dos recursos humanos necessários, propondo formas para o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde e defendendo a descentralização das ações "com garantia de universalidade do acesso e eqüidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social". Mas os delegados alertaram também para a possibilidade de não se concretizarem as proposições apresentadas pela 2ª CNSB, o que deveria ser

evitado com muita luta. Luta nos Conselhos de Saúde para que estes absorvam as resoluções como diretrizes políticas e que, a partir daí, definam as prioridades e os programas locais; luta por intermédio do Ministério Público para que se cumpra a Constituição quanto ao dever do Estado de proporcionar saúde; luta para que os governos estaduais e municipais incluam a saúde bucal entre as ações de saúde (CNSB, 1994).

Não obstante essa disposição, foram poucos os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal sob os dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2001).

O processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil ampliou o número de unidades gestoras responsáveis pela organização da resposta aos problemas de saúde bucal. Em decorrência, milhares de sujeitos vêm exercendo as competências típicas da gestão em saúde distribuídas em planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução, controle/monitoração e avaliação.

Para um processo de descentralização efetivo, é essencial a instituição de mecanismos de controle social mediante a participação direta de cidadãos, sindicatos, partidos políticos, associações de moradores, assim como de instituições públicas vinculadas aos poderes Judiciário e Legislativo. Além disso, é fundamental a estruturação de sistemas de informação que permitam ao Estado exercer seu papel de regulação e de formulação de estratégias para elevar a eficácia e a eficiência do sistema de saúde, articulando políticas públicas de diferentes setores, programações de serviços, interesses de trabalhadores e de usuários em torno de objetivos comuns.

Durante o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, a operação do sistema de informações foi sendo

gradativamente transferida para as unidades gestoras. Um problema relevante, que em alguns casos ainda produz graves conseqüências, diz respeito ao uso do sistema para orientar a transferência federal de recursos financeiros. Entre as várias distorções que essa opção produziu, municípios mais pobres ou menos populosos, ou seja, sem uma estrutura adequada de unidades e recursos assistenciais, permaneceram, por vários anos, impedidos de dispor de recursos federais para ampliar sua capacidade instalada e produzir serviços em um volume compatível com as necessidades da população. Por outro lado, municípios mais ricos ou mais populosos, com um histórico de produção propiciado por uma determinada estrutura, não eram encorajados a incorporar inovações na atenção básica e a reforçar as medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças nas programações, para reduzir o volume de procedimentos de assistência individual.

Em 1998, foi instituído um mecanismo para dissociar o financiamento dos sistemas municipais da produção das ações de atenção básica à saúde. As ações correspondentes a esse nível de atenção passaram a ser financiadas de acordo com o Piso de Atenção Básica. Os municípios começaram a receber uma parcela fixa mensal conforme o número de habitantes e um montante variável segundo a implementação de determinados programas ou atividades.

É importante registrar que no final dos anos 1990 vários municípios brasileiros apresentavam uma rede de serviços públicos odontológicos que assegurava acesso universal à assistência odontológica de urgência e ações programáticas dirigidas aos pré-escolares e escolares e aos usuários de unidades básicas de saúde. Em espaços abertos ao relato e à análise de

experiências com a organização da atenção à saúde bucal em sistemas locais de saúde, os trabalhos apresentados indicavam experiências públicas variadas, incluindo ações e serviços voltados para diferentes populações-alvo segundo ciclo de vida (desde recém-nascidos até idosos), características étnicas (indígenas, quilombolas) e contexto social (áreas rurais, instituições de longa permanência etc.).

Em muitos municípios, assistiu-se a significativo esforço na direção da universalização da atenção básica à saúde bucal. Ao mesmo tempo, gargalos e limitações relativos à integralidade da atenção foram reiteradamente identificados no período. A instituição do Piso de Atenção Básica contribuiu para aumentar a capacidade da gestão local e para o florescimento de propostas de planejamento e emprego de recursos com base nas necessidades de saúde coletiva, que permitam efetivamente enfrentar a tradição do modelo da odontologia de mercado, ainda fortemente presente em muitos sistemas locais de saúde.

Uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal foi aberta apenas em 2000, com a edição da portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo "incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (PSF)". O PSF havia sido implantado em 1994, no final do governo Itamar Franco, sob inspiração da estratégia de medicina familiar desenvolvida em Cuba, mas também levando em conta as proposições do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), de focalização das políticas sociais. Tanto o Banco Mundial quanto o FMI nunca esconderam sua frontal oposição à universalização da saúde, um dos pilares do SUS brasileiro. Preconizam que os cidadãos que podem pagar

por serviços de saúde devem fazê-lo de acordo com as regras do mercado e, assim, desobrigar o Estado de arcar com as necessidades assistenciais em todos os níveis. Essa posição, de matriz neoliberal fundamentalista, empurra a classe média ainda mais para os mal denominados 'planos de saúde' (pois, a rigor, não são planos nem produzem saúde) e admite garantir aos demais cidadãos apenas uma 'cesta básica' (serviços básicos e uma lista restrita de enfermidades a terem o tratamento custeado com recursos públicos). Assim, o PSF convive, diariamente, em cada local onde é desenvolvido, com um dilema. Para ser, efetivamente, uma estratégia de construção do SUS e não um 'programa' (na pior acepção do termo: restrito territorialmente e limitado em termos de níveis de atenção), é essencial que, em cada município, sua implantação e desenvolvimento ocorram sob acompanhamento e controle do respectivo Conselho de Saúde e com base em práticas democráticas de gestão. Quando isso não acontece, o que se tem visto é que o PSF é um engodo, um simulacro de intervenção pública na saúde, impotente para de fato contribuir para a "reorganização do modelo de atenção" a partir da atenção básica. Nesses casos, vem se prestando apenas à manipulação político-eleitoral da saúde. Pode-se dizer que, em situações desse tipo, há clara intenção de mercantilizar a saúde – não necessariamente transformando a prestação de serviços em mercadorias passíveis de trocas monetárias, mas em mercadorias que têm valor no mercado eleitoral. Do ponto de vista ético, ambas as situações são deploráveis e devem ser combatidas.

Quando o governo federal editou a portaria 1.444/2000, "inserindo a saúde bucal no PSF", alguns, ingenuamente, acreditaram que isso aconteceu porque o então ministro da Saúde, José Serra, ficara "abismado" ao tomar conhecimento dos dados

da Pnad 1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em agosto de 2000 e que indicavam que 29,6 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca tinham ido ao dentista. A porcentagem se elevava para 32% na área rural, onde o acesso ao dentista era inédito para 10,3 milhões de pessoas. Entre os brasileiros cujo rendimento familiar mensal era superior a vinte salários mínimos (SM), apenas 4,1% nunca tinham ido ao dentista (3,4% na região Sul). Mas essa porcentagem alcançava 36,5% entre aqueles cujo rendimento familiar não chegava a um SM – atingindo dramáticos 43,4% entre os sem rendimentos da região Nordeste. Os dados que teriam deixado Serra "abismado" revelam que sentar na cadeira do dentista continua sendo, no Brasil, um insuportável monopólio de classe social. Um privilégio, e não um "direito de todos" – mais uma cruel expressão das iniqüidades que nos assolam.

Crê-se então que, por isso, ato contínuo, tomado de súbita consciência do quão grave e injusto era o quadro, o ministro José Serra mandou que se editasse o referido documento. Claro que não foi assim que aconteceu, embora sua assessoria de comunicação social tenha produzido essa cena romântica (em que a sensibilidade se sobrepõe à razão), para produzir a imagem de uma autoridade pública sensível e que toma decisões rapidamente. Sem deixar de reconhecer o mérito do então ministro, é preciso assinalar que a portaria 1.444/2000 resultou de um longo processo de discussões que envolveu, de algum modo, entidades odontológicas, Conselhos de Saúde e profissionais da saúde desde o final de 1994. Já no segundo semestre daquele ano, a pedido da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Ministério da Saúde realizou em Brasília

uma reunião com técnicos, especialistas e líderes da área odontológica para tratar do assunto. A partir daí, gradativamente, outras entidades odontológicas, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO), foram se incorporando ao processo e insistindo na necessidade de o PSF contar "com dentistas" nas equipes de saúde da família. Atuando como um 'sujeito coletivo' com certa expressão, os profissionais da odontologia em saúde pública, manifestando-se coletivamente por meio do Enatespo, o Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, também desempenharam papel decisivo no processo que culminou com a publicação da portaria 1.444/2000.

Em 2002, o Brasil elegeu Luiz Inácio Lula da Silva, um presidente oriundo das forças políticas que se opuseram ao regime militar e que desde as eleições de Tancredo/Sarney (indireta) e de Fernando Collor (direta) se colocara em oposição a esses governos. Com a eleição de Lula à Presidência da República, pretendia-se colocar "em outro patamar" o processo de reforma sanitária e de construção do SUS e, no seu interior, redefinir a Política Nacional de Saúde Bucal. Dadas as características políticas das sucessivas candidaturas de Lula à Presidência da República, a construção da política de saúde bucal que se expressaria no Programa Brasil Sorridente teve uma longa maturação por parte das correntes políticas que ao longo daqueles anos foram se alinhando ao ex-metalúrgico. As origens mais remotas dessa construção podem ser localizadas nas lutas de resistência à ditadura militar. No denominado período autoritário, o regime militar, inaugurado em 1º de abril de 1964, marcaria a cena brasileira até 1988, suprimindo direitos democráticos e realizando ações que produziriam efeitos em todas as dimensões da vida

nacional. Algumas liberdades democráticas começaram a ser reconquistadas no final dos anos 1970 e foram impulsionadas, em 1982, com a realização de eleições diretas para governadores, que haviam sido suprimidas em 1966, pelo ato institucional nº 3, dois anos depois do golpe, para "assegurar a continuidade da obra" e porque era "conveniente à segurança nacional". Entretanto, somente com a promulgação da Constituição de 1988 o "Estado democrático de direito", inscrito no art. 1º da Carta Magna, viria a encerrar formalmente o período de mais de duas décadas de ditadura.

Os 24 anos de supressão de direitos e garantias democráticas marcaram profundamente o país. Houve perseguições políticas, censura à imprensa, às artes e às manifestações culturais em geral, inclusive à produção científica, prisões, torturas e desaparecimentos, como é, atualmente, de razoável conhecimento público. Seus efeitos mais profundos sobre a economia e vida social ainda se fazem sentir. Contudo, muitos aspectos desses efeitos ainda estão por serem investigados.

No período mais duro da ditadura militar, na primeira metade dos anos 1970, quando estava em curso um processo de crescente privatização das ações e serviços de saúde, impulsionado fortemente no âmbito previdenciário, profissionais da saúde articularam as bases de uma significativa coalizão de forças políticas e sociais que viria a ser conhecida como movimento da Reforma Sanitária. Com origem nos núcleos de oposição política ao regime militar com atuação no setor Saúde, o referido movimento conseguiu articular diferentes segmentos sociais em torno de um conjunto de proposições setoriais sintetizadas na divisa "pela democratização da saúde e da sociedade". Nesse conjunto de proposições, destacavam-se: a unificação do sistema

(opondo-se, portanto, à dicotomia saúde pública-saúde previdenciária, que predominara durante boa parte do século XX e havia se intensificado durante a ditadura); a descentralização das ações de modo que os municípios pudessem tomar decisões em nível local (os municípios, mesmo os grandes e inclusive as metrópoles, praticamente não tomavam decisões sobre saúde); a universalização do acesso (fim da exigência da carteira de trabalho para ingresso nos ambulatórios e hospitais); e, por fim, que tudo isso se fizesse sob controle popular.

O movimento de Reforma Sanitária se expressou também no movimento estudantil, sobretudo na segunda metade dos anos 1970. No âmbito odontológico, os estudantes começaram a realizar os Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (Eceo), cujas pautas colocavam em debate desde o regime militar até o monopólio do cuidado odontológico pelos segmentos de renda mais alta, passando por críticas duríssimas à omissão e subserviência das entidades e lideranças odontológicas. Enquanto estudantes e profissionais de odontologia eram presos, torturados e até mortos pela ditadura militar (caso de Célio Guedes, por exemplo), nada sobre o assunto era divulgado nos boletins e jornais odontológicos, nenhuma palavra era dita pelos dirigentes das entidades profissionais. Para se ter uma noção do que era objeto de preocupação daquelas lideranças estudantis, basta mencionar que no 2º Eceo, realizado em Florianópolis em 1981, o tema central foi "Alternativas à odontologia popular na luta por melhores condições de saúde".

Entre os profissionais da odontologia, o movimento de Reforma Sanitária deu origem ao – e teve o apoio do – Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), organizado no início dos anos 1980. O MBRO reuniu egressos

do movimento estudantil, dentistas sanitaristas, sindicalistas do setor, dentistas militantes de partidos e organizações políticas que, sob as mais diversas formas, lutavam contra a ditadura, e se estruturou sobre os seguintes princípios:

> 1) lutar permanentemente por liberdades políticas como pré-requisito fundamental à melhoria das condições sociais de existência, nas quais se inclui o dramático quadro sanitário vigente, cuja alteração exige a estruturação do Sistema Único de Saúde e a sua implementação em bases democráticas; 2) opor-se frontalmente a qualquer tipo de mercantilização da prestação de serviços odontológicos e lutar para que o Estado Brasileiro, através do Sistema Único de Saúde, assuma total responsabilidade por eles. O Estado deve expandir os serviços próprios, enfatizando a municipalização e o controle das instituições pela população organizada, e aumentar os recursos destinados à assistência odontológica detendo poderes para coibir a mercantilização e poder intervir no setor privado, de acordo com a lei e no interesse da Saúde Coletiva; 3) estimular, promover e participar das discussões acerca da prática odontológica brasileira e da teoria que a orienta preservando, em qualquer contexto, independência crítica; 4) lutar pela utilização de recursos odontológicos adequados à realidade socioeconômica e epidemiológica do país e, quanto aos recursos humanos, defender, intransigentemente, sua justa remuneração e contínuo desenvolvimento; 5) opor-se radicalmente às práticas mutiladoras, denunciando e desmascarando as posições elitistas que as justificam; 6) lutar por uma odontologia acessível a toda a população, pública, gratuita, de boa qualidade e integral, em que as ações preventivas não sejam apenas um apêndice das ações eminentemente curativas, mas estejam contempladas num enfoque de promoção da saúde; 7) defender o ensino público e gratuito em todos os níveis e campos do saber odontológico, adequando-o

às diferentes realidades epidemiológicas, lutando pelo desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem-trabalho na realidade concreta, entendida esta como os locais de referência do Sistema Único de Saúde. Tal posicionamento deverá caracterizar-se como claramente contrário ao ensino pago e sua manipulação ideológica e técnica por interesses estranhos à maioria dos que trabalham com a odontologia; 8) participar dos movimentos sociais populares, difundindo o posicionamento fundamental de que não há, em princípio, antagonismo entre os interesses sanitários da maioria da população e os interesses profissionais dos trabalhadores da área odontológica e do conjunto do setor Saúde; 9) lutar pelo fortalecimento e democratização das entidades odontológicas promovendo, para isso, a cooperação e solidariedade entre os diversos núcleos do Movimento, e articulando tal fortalecimento e democratização com entidades de outras categorias do setor Saúde e da sociedade em geral; e 10) lutar para que o desenvolvimento científico e tecnológico, também no campo da saúde bucal, se faça com base no intercâmbio e na cooperação entre os povos e repudiar, em conseqüência, qualquer forma de monopólio, colonialismo e perda de soberania. (*apud* Narvai, 1994: 76-77)

Com o fim do período ditatorial, ressurgiram as condições favoráveis à livre produção e manifestação do pensamento. No plano das políticas e dos serviços de saúde, as novas condições históricas operaram mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro, sobretudo a partir das eleições diretas para governadores e das mobilizações populares em torno da campanha das Diretas Já (1984), reivindicando eleições diretas para a Presidência da República. Em vários estados, os novos coordenadores de saúde bucal que chegaram com os governadores eleitos em 1982 sentiam a necessidade de uma

aproximação e intercâmbio, com vistas a redefinir a agenda nacional para a área, tendo em vista que, naquele contexto, os municípios não eram, como hoje, centros de decisão relevantes sobre as ações e programas de saúde bucal. Assim, foi convocado o 1º Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (Enatespo), realizado em dezembro de 1984, em Goiânia. Na agenda, propostas de simplificação e desmonopolização da prática odontológica, implementadas em alguns serviços e instituições de ensino, representavam uma alternativa ao modelo hegemônico. Ao final do evento, os participantes aprovaram o documento "Proposta de política odontológica para um governo democrático", posteriormente encaminhado à coordenação da campanha de Tancredo Neves à Presidência da República. É oportuno, portanto, assinalar que o Enatespo nasceu em um contexto de luta pela democracia e pela justiça social e contra o autoritarismo, da necessidade sentida pelos servidores públicos da área odontológica de conhecer as práticas desenvolvidas em diferentes pontos do Brasil, para enfrentar nossas dramáticas condições de saúde bucal.

O MBRO foi o principal articulador pela continuidade da realização do Enatespo e, também, o principal articulador estratégico das forças políticas que realizaram a 1ª CNSB. E tanto o MBRO quanto o Enatespo tiveram papel fundamental nos rumos que a odontologia em saúde pública tomou no Brasil na segunda metade do século XX.

A campanha das Diretas Já fortaleceu e ajudou a impulsionar o movimento de Reforma Sanitária, que teve na 8ª CNS, realizada em Brasília em março de 1986, um momento privilegiado de discussões e pactuação política. Foi de tal ordem essa pactuação política que as principais propostas do movimento de Reforma

Sanitária, aprovadas como deliberações da 8ª CNS, tiveram acolhida favorável entre os parlamentares eleitos para a Assembléia Nacional Constituinte. Assim, quando os constituintes promulgaram, em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, ali estavam, consagradas na Carta Magna, as principais deliberações da 8ª CNS.

Ainda em 1986, no contexto da 8ª CNS, e como parte do seu processo, foi realizada em Brasília, de 10 a 12 de outubro, a 1ª CNSB. Precedida por pré-conferências estaduais, que elegeram 286 delegados para a etapa nacional, a 1ª CNSB teve, segundo os organizadores, mais de mil participantes. Os delegados (65% dos quais eram cirurgiões-dentistas) aprovaram um relatório final contendo: uma análise do diagnóstico de saúde bucal no Brasil; a afirmação da saúde bucal como direito de cidadania; a defesa da inserção das ações odontológicas no sistema de saúde e uma análise do financiamento do setor. Essencialmente, o documento da 1ª CNSB reiterava as críticas ao modelo hegemônico de prática odontológica vigente no país, descrito na 7ª CNS (Brasília, março de 1980). Segundo a 7ª CNS, a prática predominante no Brasil

> caracteriza-se, em traços gerais, pela: Ineficácia - Na medida em que não responde à resolução ou redução, em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população; Ineficiência - Uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento; Descoordenação - Decorrente da multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto a nível normativo quanto operacional; Má distribuição - Uma vez que as unidades prestadoras de serviço se localizam nos pólos de desenvolvimento, ou em torno deles, deixando ao abandono as áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros, que, assim, são obrigadas a buscar sistemas alternativos de atenção; Baixa cobertura - Na medida em que não consegue dar

> assistência nem à demanda espontânea, quanto mais àquela que é a mais significativa e que não chega a ser efetiva; ALTA COMPLEXIDADE - Uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada; ENFOQUE CURATIVO - Em razão do abandono a que relega o emprego de métodos preventivos hoje disponíveis e já sobejamente comprovados como de enorme eficácia e eficiência; CARÁTER MERCANTILISTA - Na medida em que faz da saúde um bem de troca sujeito às leis econômicas não só no campo da iniciativa privada como também no da pública, que o estimula mediante mecanismos de compra de seus serviços; CARÁTER MONOPOLISTA - Que se traduz na resistência à transferência de conhecimentos e à sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos, que não o profissional de nível superior, numa opção que fere o princípio de divisão do trabalho já reconhecido e utilizado largamente por outros setores das ciências médicas; INADEQUAÇÃO NO PREPARO DOS RECURSOS HUMANOS - Que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo como o treinamento ou preparação em serviço. (*apud* Narvai, 1994: 82-83)

Esse longo processo, que se iniciou na luta contra a ditadura e se expressou nos Eceo, Enatespo, CNS e CNSB, possibilitou a consolidação de um conjunto de propostas que, no governo Lula, se expressou nas "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", documento político balizador do Programa Brasil Sorridente. Essa origem é, aliás, explicitamente reconhecida na apresentação das mencionadas diretrizes, quando se diz que são

> resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas, foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Brasil Sorridente

O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial consubstanciada no documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal" (disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php), definida no âmbito do governo Lula (2003-2006) logo após sua posse e integrada ao Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, objeto da portaria 2.607/04 do Ministério da Saúde, de 10 de dezembro de 2004.

Nesse documento ministerial, a política é sumarizada sob o título "Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal", conforme segue:

> A atenção em saúde bucal no país, pautada no Programa Brasil Sorridente, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á, entre outros: 1) na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; 2) na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 3) na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar

> projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e 4) na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção.

Na explicitação dos principais eixos da agenda da política sublinha-se a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia. Segundo o documento,

> O elenco das medidas a serem empreendidas compreenderá: a fluoretação das águas; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal, visando à autonomia e ao autocuidado; a aplicação tópica de flúor, objetivando a prevenção e o controle da cárie em ações coletivas, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado). O diagnóstico deverá ser feito o mais precocemente possível, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. O tratamento deverá priorizar procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os níveis de atenção à saúde. Já as ações de reabilitação consistirão na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e na sua atividade profissional.

Além dessas medidas, no documento são fixadas as linhas de ação que se seguem.

> Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, buscar-se-á: (1) a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal; (2) a implantação e o aumento da resolubilidade do pronto-atendimento, avaliando-se a situação de risco à saúde bucal na consulta de urgência e orientando o usuário para retorno ao serviço e a continuidade do tratamento; e (3) a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, considerando-se a sua possibilidade de inserção, em cada local. Deverá ser considerada a possibilidade de, em cada local, serem inseridos procedimentos como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias, a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico. Tais procedimentos contribuirão para ampliar a credibilidade e o reconhecimento do serviço público odontológico em cada local, aumentando o seu impacto e cobertura, bem como o estreitamento do vínculo entre o serviço e o usuário. A viabilização dessas possibilidades implicará suporte financeiro e técnico específico que contribua para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões e a capacitação de técnicos em prótese dentária – TPD e auxiliares de prótese dentária – APD da rede SUS. Na ampliação do acesso, buscar-se-á superar o modelo biomédico de atenção às doenças, mediante duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: (1) por linhas de cuidado; e (2) por condição de vida. A primeira compreenderá o reconhecimento de especificidades

> próprias da idade, podendo ser trabalhada com a saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Já a atenção por condição de vida compreenderá a saúde da mulher, a do trabalhador, a de portadores de necessidades especiais, a de hipertensos, a de diabéticos, entre outras.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são, com efeito, uma iniciativa que tem dado grande visibilidade técnica e política ao Programa Brasil Sorridente. Em muitas situações os CEO chegam a se confundir com o próprio programa. Na portaria 2.607/04, do Ministério da Saúde, essas unidades de assistência odontológica foram consideradas como se segue:

> Para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados será promovida a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, que consistirão em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, e ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

Entre as metas fixadas para o período 2004-2007, estavam "distribuir, anualmente, 1,9 milhão de *kits* de higiene bucal e implantar 550 Centros de Especialidades Odontológicas e ampliar a capacidade assistencial em odontologia especializada em 2,8 milhões de procedimentos".

No documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", identificam-se seis "princípios norteadores das ações" a serem desenvolvidas "na perspectiva do cuidado em saúde bucal" e que, segundo o documento, são complementares aos princípios

da universalidade, integralidade e eqüidade, expressos no texto constitucional. Esses princípios complementares são:

> 1) Gestão Participativa: definir democraticamente a política de saúde bucal, assegurando a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores, em todas as esferas de governo; 2) Ética: assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde; 3) Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento; 4) Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade bio-psico-social. Acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, garantido por uma equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar. Significa a base da humanização das relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários, contribuindo para o aumento da resolutividade; 5) Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, através da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário, e sua construção requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta [clínica ou não] recebida pelo usuário; e 6) Responsabilidade Profissional: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários,

garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença em cada território. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Para Onde Deve Ir a Saúde Bucal?

No processo de discussões sobre a política de saúde bucal do governo Lula, o conjunto de proposições foi submetido ao Conselho Nacional de Saúde e aprovado em sua 139ª reunião ordinária, de 4 a 6 de fevereiro de 2004, e, no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite, aprovado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). No âmbito mais geral da sociedade, também os participantes da 3ª CNSB, delegados para as diferentes etapas que a constituíram, debateram e apresentaram propostas relacionadas à implementação e ao desenvolvimento da política.

Cabe salientar, também, o registro feito no relatório final de que a conferência aconteceu

> numa conjuntura marcada pelo agravamento das condições de vida do povo brasileiro, pela persistência de gravíssimos problemas sociais – onde pontificam a intensificação da violência urbana e o aumento do desemprego – e, também, pelas enormes dificuldades para fazer as mudanças reclamadas pela maioria da população, notadamente a reforma agrária e as mudanças na política econômica, libertando-a do jugo do

> Fundo Monetário Internacional e dos especuladores do sistema financeiro, e fazendo-a instrumento para gerar trabalho e renda e melhorar a vida de todos. A 3ª CNSB se realiza, enfim, num contexto em que é enorme a expectativa dos brasileiros de que reivindicações históricas possam, finalmente, se concretizar, entre elas as relacionadas à saúde e à saúde bucal. (CNSB, 2005:15)

Os participantes da 3ª CNSB identificaram caminhos a seguir segundo quatro grandes eixos, a saber: 1) educação e construção da cidadania; 2) controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde bucal; 4) financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

No âmbito da 'educação e construção da cidadania', os participantes destacaram a importância de promover a eqüidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo-se a universalidade do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração, e às populações itinerantes, de modo que o direito à saúde e à saúde bucal deixe de ser apenas uma declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros, viabilizando o acesso de todos aos serviços odontológicos de média e alta complexidade.

Para se efetivar o 'controle social e a gestão participativa', indicou-se a necessidade de criar, em cada instituição do SUS, mecanismos de ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e usuários: ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos nas instituições; eleição dos gerentes dos serviços de saúde pública pelos profissionais e usuários da saúde; acompanhamento pelo Conselho Municipal de Saúde; gestão colegiada e proteção contra a interferência de políticas partidárias nas questões técnicas de saúde.

Quanto à 'formação e trabalho em saúde bucal', os delegados para a conferência entenderam que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. Segundo esses delegados, a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e é conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS. O resultado é a autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas, nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais da saúde a serem formados. Dessa forma, entenderam os participantes da conferência,

> se cristalizam barreiras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços.

Assinalou-se que

> nos últimos dez anos foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988.

Recomendou-se, também, entre outros aspectos,

> implementar uma política de humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário, envolvendo profissionais da saúde bucal, usuários e gestores, valorizando o exercício

> da cidadania e respeitando as especificidades regionais, a diversidade cultural, e as relações de trabalho [e] criar um sistema de avaliação de desempenho de funções, que seja previsto nos planos de cargos, carreiras e salários, com mecanismos claros de ascensão funcional por mérito, dedicação e competência, sob supervisão dos conselhos municipais de saúde e de comissão de representantes dos servidores, eleitos anualmente.

Sobre o 'trabalho em saúde bucal' mais especificamente, cabe assinalar que a expressão Equipe de Saúde Bucal (ESB) aparece 13 vezes no relatório final da 3ª CNSB. Sua composição é variável, sendo a ESB plena composta por Cirurgião-Dentista (CD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Técnico em Higiene Dental (THD), Técnico em Prótese Dentária (TPD) e Auxiliar de Prótese Dentária (APD). Ao contrário do que alguns imaginam, a ESB não pressupõe sua autonomização em relação a equipes de saúde. A expressão 'equipe de saúde bucal' resulta do próprio desenvolvimento dos processos de trabalho odontológico, que, no entender de vários analistas, não deveria se restringir nem à 'assistência', nos termos definidos neste livro, nem ao profissional de nível superior, o cirurgião-dentista. Assim, nos contextos laborais em que se aplica o conceito de trabalho interdisciplinar por equipe multiprofissional, a ESB é parte integrante da equipe de saúde, seja ela ou não uma equipe de saúde da família.

O trabalho odontológico, à semelhança de qualquer trabalho humano, surgiu e se desenvolveu para satisfazer necessidades humanas. Tais necessidades são a razão de ser e dão sentido ao esforço cotidiano de milhares de profissionais em todo o mundo. Ao longo dos séculos o processo de trabalho foi se tornando mais e mais complexo, até atingir o estágio atual, caracterizado

pela acentuada divisão técnica, produto histórico do desenvolvimento científico-técnico. Mudanças nos processos de trabalho vêm determinando mudanças nos sujeitos desses processos. Durante séculos, o ambiente, as técnicas e o sujeito do trabalho odontológico preservaram algumas características essenciais: em linguagem contemporânea, pode-se dizer que o operador, ao lado da cadeira, realizava isoladamente procedimentos profissionais em um ambiente clínico de cerca de dez metros quadrados. A Revolução Industrial criou, também no campo odontológico, as condições para a rápida transformação do processo de trabalho e do seu sujeito. Em resposta às necessidades de elevação da eficiência do processo de trabalho, o desenvolvimento, ao final do século XIX, da administração como um corpo sistematizado de idéias e de práticas também contribuiu para a análise científica de inúmeras atividades laborais, entre as quais os serviços odontológicos.

Logo apareceram diferentes especialistas, dividindo tecnicamente o trabalho em sentido horizontal e também os auxiliares, direcionando verticalmente essa divisão. Entre os auxiliares, o protético e o auxiliar de consultório foram e são ainda hoje unanimemente aceitos. Nos dias atuais, contudo, novos tipos de pessoal odontológico vêm sendo utilizados em diferentes países e também no Brasil. O fato de a prática odontológica poder se realizar além dos limites do consultório, através, por exemplo, das ações coletivas em saúde bucal, tem implicado mudanças no sujeito do trabalho odontológico: o cirurgião-dentista que trabalhava isoladamente vem cedendo lugar à equipe de saúde bucal, que se constitui no novo sujeito de uma nova prática odontológica que se está buscando criar e consolidar e que seja capaz de, efetivamente, promover saúde bucal.

Embora tal prática seja uma exigência social no Brasil, há forte resistência de setores corporativistas, que controlam politicamente a maioria das entidades odontológicas, em admitir a presença, na ESB, do técnico em higiene dental, o THD. Muitos líderes do setor odontológico vêem no THD uma categoria profissional "inimiga", a ameaçar-lhes o posto de trabalho. Em janeiro de 1986 a poderosa Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) fez circular, durante o XII Congresso Paulista de Odontologia, um abaixo-assinado, posteriormente encaminhado ao ministro da Educação, pedindo a extinção da categoria profissional THD. Cabe esclarecer que, em 1994, a APCD reviu sua posição e, por intermédio de sua Escola de Aperfeiçoamento Profissional, vem mantendo um curso para formação de THD, devidamente reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação. A primeira turma desse curso concluiu suas atividades em 25 de julho de 1995. Mantém-se acesa, contudo, a polêmica sobre pessoal auxiliar, aberta ainda nos anos 1950 quando o então Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) introduziu o Auxiliar de Higiene Dentária (AHD) nos serviços odontológicos das suas unidades básicas de saúde.

Sobre 'financiamento e organização da atenção em saúde bucal', fez-se menção aos constrangimentos oriundos da forma de inserção do Brasil na nova ordem econômica mundial, em particular o endividamento e a enorme dependência do país de capitais externos. Os delegados aprovaram que deve-se "ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico", de modo a garantir serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores a esse tipo de assistência, inclusive com a

implantação, pelo setor público, de laboratórios de próteses dentárias de âmbito regional ou municipal. Foi enfatizada, ainda, a importância de

> implementar ações de saúde bucal junto às populações indígenas e remanescentes de quilombos, após ampla discussão com as suas organizações, a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo indígena ou quilombola. (CNSB, 2005: 126)

Tais indicações constituem uma referência imprescindível tanto para a produção de conhecimentos quanto para o planejamento e organização das intervenções de saúde pública na área da saúde bucal.

Saúde Bucal Coletiva

Na literatura brasileira sobre saúde bucal o leitor encontrará, com freqüência, a expressão Saúde Bucal Coletiva (SBC). Trata-se de um fenômeno, por assim dizer, local, nacional. É que a expressão SBC surgiu no Brasil nos anos 1980 e, desde então, seu uso vem aumentando nas publicações técnico-científicas no país. À expressão 'saúde bucal' acrescentou-se o termo 'coletiva' e passou-se a falar, sobretudo no estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da saúde coletiva, em saúde bucal coletiva.

Com a difusão do uso, aumentaram também os significados que a expressão vem assumindo. Convém, portanto, explicitar um conceito de SBC (não 'o' conceito), com o propósito de, reconhecendo a complexidade inerente ao tema, identificar alguns de seus elementos fundamentais.

SBC é um campo de conhecimentos e práticas que integra um conjunto mais amplo identificado como saúde coletiva e que, a um só tempo, compreende também o campo da odontologia, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o. A SBC advoga que a saúde bucal das populações resulta não apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais da saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível, portanto, de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos.

Do conjunto da produção teórica brasileira dedicada ao desenvolvimento do referencial teórico da SBC, depreende-se que:

a) SBC é uma expressão que se pretende que corresponda a um marco teórico distinto daquele marco classicamente identificado como 'odontologia'.

b) SBC não é sinônimo de odontologia sanitária, odontologia social, odontologia preventiva, odontologia integral ou qualquer outra 'odontologia'. Portanto, não se confunde, também, com a especialidade odontológica denominada 'odontologia em saúde coletiva'.

c) SBC não deve, portanto, confundir-se com 'odontologia coletiva', ou com 'ações coletivas' no âmbito odontológico, ou com 'ações de saúde na escola' ou, ainda, com uma determinada forma de produção de serviços odontológicos no âmbito do setor público.

d) SBC não corresponde a serviços odontológicos estatais – nem se restringe a eles.

e) SBC não é, também, uma prática odontológica filantrópica, desenvolvida com base no princípio da caridade, cujas ações e serviços se destinam a consumidores 'carentes' ou 'pobres'. Não corresponde, também, ao trabalho de voluntários, religiosos, ou promotores sociais, sejam estes desenvolvidos amadoristicamente ou de modo profissional.

f) SBC não se confunde, também, com certas tecnologias e/ou referenciais científicos da prática odontológica que se assentam em pressupostos – que rejeita frontalmente – de estratificação social, econômica, cultural e política, entre países e no interior dos países. Tais pressupostos admitem, por exemplo, que para determinados países (ou para determinados cidadãos, em um país) são aceitáveis e, portanto, recomendados – dadas suas condições sociais ou econômicas ou culturais ou políticas – certos procedimentos, ainda que não sejam aceitáveis e recomendados universalmente.

g) SBC refere-se a todos os processos que, nas dimensões social, biológica e psicológica, operam na produção de determinadas condições de saúde bucal, em termos populacionais, incluindo tanto ações no campo da 'atenção à saúde bucal' quanto ações específicas do campo da 'assistência odontológica' individual.

h) SBC é parte inseparável da saúde coletiva.

Tal concepção implica (e, num certo sentido, impõe à SBC) uma ruptura epistemológica com a 'odontologia' (de mercado), cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais – nos quais fundamenta sua prática –, desconsiderando em seu fazer essa determinação de processos sociais complexos.

Pretende-se que a SBC substitua toda forma de 'tecnicismo' e de 'biologismo' presentes nas formulações específicas da área de odontologia social e preventiva, realizando a reconstrução teórica de modo articulado e orgânico com o pensamento e a ação da saúde coletiva, e reforçando o compromisso histórico desta com a qualidade de vida na sociedade e com a defesa da cidadania, em relação tanto à ação predatória do capital quanto à ação autoritária do Estado.

Essa substituição de "toda forma de tecnicismo e de biologismo" ganhou relevante aporte teórico com a proposição do conceito de 'bucalidade', formulado por Carlos Botazzo, em 2000, em *Da Arte Dentária*. Para esse autor, a 'bucalidade' corresponde a um arranjo teórico-metodológico no qual a boca humana é tomada não como órgão, mas como território onde acontecem os 'trabalhos bucais', identificados como a 'manducação', a 'linguagem' e a 'fruição do prazer e da satisfação'. Esses 'trabalhos bucais' correspondem, segundo Botazzo, a formas particulares de subsistência no plano natural (manducar, ou seja, o movimento de apreender, triturar, salivar e deglutir), de produção simbólica no plano da cultura e de erotização no plano emocional e do psiquismo humano. Tais planos se constituem em processos específicos de 'consumo do mundo' que envolveriam o que se vem denominando de 'dimensão civilizatória' de determinados grupos sociais.

Botazzo enfatiza que a saúde não se esgota na forma clínica e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro, o que ocorreria com o referencial da 'bucalidade', uma vez que este abre infinitas possibilidades de produzir novos conhecimentos e práticas.

Souza (2004) assinala que, ao se referir à boca como território, o conceito de 'bucalidade' remete à noção de 'facialidade' como

um território igualmente importante na construção e desconstrução de identidades, pois é nele que se exprime a primeira forma de expressão física de cada um diante do outro. O modo pelo qual as alterações bucais que atingem a face alteram a imagem de cada um sobre si mesmo e como isso repercute na vida e nas relações das pessoas representaria um campo de investigações sobre a alteridade humana e a produção de subjetividades.

A ruptura epistemológica com a odontologia (de mercado) que a SBC pretende operar implica desenvolver uma práxis que deve, dialeticamente, romper também com a prática odontológica hegemônica. Tal ruptura requer que o trabalho odontológico seja desenvolvido com base nas necessidades das pessoas (de todas as pessoas) e que, opondo-se à lógica do mercado, rompa, portanto, com o *status quo* caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (todos os recursos) odontológicos pelas elites. Assim, é inerente à SBC uma dupla pretensão: de um lado, quer 'desodontologizar' a saúde bucal; de outro, quer assegurar a todos o acesso a todos os recursos de que necessitem para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano.

Em julho de 2007 um grupo de militantes propôs à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) a criação de um grupo temático de saúde bucal coletiva no âmbito da entidade. O documento apresentado na ocasião elucida a compreensão desses ativistas sobre sua identidade e propósitos, razão por que o reproduzimos em parte:

> A Saúde Bucal Coletiva (SBC) é um movimento teórico-político com origem na Reforma Sanitária brasileira. No plano teórico pretendemos uma ruptura epistemológica com a

> Odontologia e recusamos a Odontologia de Mercado. Defendemos saúde como direito e não como mercadoria. Os objetivos da SBC são assegurar saúde bucal (SB) para todos e podem ser sumarizados em: 1) acesso universal às ações e serviços em SB por rejeitarmos, frontalmente, o monopólio de classe de certas ações, tanto preventivas quanto terapêuticas; 2) cuidados integrais, com acesso a todos os níveis de atenção e às ações intra e extra-setor Saúde, por não opormos as dimensões da promoção, prevenção e reabilitação, uma vez que são, em termos coletivos, necessárias concomitantemente; 3) prática profissional sob princípios éticos, por rejeitarmos a coisificação do outro. Defendemos a autonomia das pessoas e rejeitamos, de modo intransigente, a realização de procedimentos inúteis ou realizados por razões mercantis; esta mesma dimensão ética orienta a produção do conhecimento científico e tecnológico em SBC, como afirmação da vida democrática em sociedade, e em estrita observância à Resolução CNS 196/96; e 4) controle popular dos sistemas e serviços de saúde, seja sob gestão estatal ou de propriedade particular. Constitui pré-requisito ao exercício da cidadania, neste plano, a consolidação da democracia e o desenvolvimento de relações interpessoais fundadas na compreensão e solidariedade.

O documento sublinha ainda que, como movimento teórico-político, a SBC já teria ultrapassado as fronteiras do Brasil e estaria a exercer influência em outros países, notadamente da América Latina.

Assinalando que "no Brasil, são inegáveis os avanços em vários municípios, estados e no plano federal", os signatários do mencionado documento afirmam que

> Nosso projeto, o da SBC, quer produzir mudanças e transformações na contemporaneidade mas, por certo, projeta no futuro a consecução plena dos nossos objetivos. Neste

> sentido, somos constituintes e nos sentimos plenamente integrados ao campo da Saúde Coletiva, com o qual nos confundimos, e cujos objetivos históricos são, igualmente, os nossos objetivos.

Estima-se que cerca de 70% a 80% dos gastos em saúde bucal continuam sendo financiados em âmbito privado para atender 20% a 30% da população. Os demais, ou seja, de 20% a 30% dos gastos que provêm de impostos e contribuições, são empregados para financiar ações e serviços vinculados ao SUS utilizados por cerca de 70% a 80% da população brasileira, que dependem desses serviços.

Apesar do avanço representado pelo Programa Brasil Sorridente, é evidente que os investimentos nessa área estão muito aquém do que seria necessário para atender às necessidades dos brasileiros, sobretudo os adultos. Ademais, predominam nas políticas públicas do setor as ações dirigidas quase que exclusivamente ao controle de dores e infecções. Apenas para as crianças, com ênfase nos escolares, tem sido possível ampliar e diversificar os tipos de serviços odontológicos oferecidos no âmbito do SUS. A expansão das ações financiadas com recursos do orçamento da Saúde continua sendo, em todos os níveis de governo, muito lenta. A omissão do Estado brasileiro e a negação na prática da saúde bucal como um "direito do cidadão e um dever do Estado" vêm abrindo espaço para a ampliação dos denominados 'planos odontológicos'. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007), as empresas com planos "exclusivamente odontológicos" cobriam 2.757.935 brasileiros no ano 2000. Esse número se elevou para 8.590.076 brasileiros em 2007 (85,2% correspondendo a planos coletivos). Desses 8,5 milhões, os beneficiários com idade superior a 49 anos eram

apenas 965.941 pessoas, caracterizando uma situação diametralmente oposta à observada nos denominados 'planos de saúde' (ou 'planos médicos'). Não se observam diferenças significativas quanto ao gênero, em todas as idades. Os serviços são prestados por 559 operadoras, que incluem cooperativas. Trata-se de setor fortemente oligopolizado: 10,7% das operadoras (n = 60) detêm 80,0% dos beneficiários (n = 6.869.787) e as 121 com maior número de clientes respondem pela cobertura de 90,0% dos beneficiários (n = 7.730.385). As demais 438 operadoras respondem pela cobertura de apenas 859.691 pessoas. Os beneficiários assim se distribuíam: 65,4% na região Sudeste, 17,7% no Nordeste, 9,7% no Sul, 3,7% no Centro-Oeste e 3,5% no Norte. Nessas regiões os beneficiários correspondem, respectivamente, a 7,1%, 2,9%, 3,1%, 2,4%, e 2,0% das populações. Os tipos de operadoras e suas respectivas participações no mercado de planos "exclusivamente odontológicos" são os seguintes: odontologia de grupo (62,8%), cooperativa odontológica (20,7%), seguradoras (7,9%), medicina de grupo (7,1%), autogestão (0,7%), cooperativa médica (0,6%) e instituições filantrópicas (0,1%). Segundo o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), cerca de 70% dos dentistas brasileiros teriam "algum tipo de vínculo" com essas empresas. Em pesquisa realizada no estado de São Paulo em 2002 constatou-se que 45% dos profissionais atendiam clientes de planos odontológicos, o que correspondia a 37% dos seus rendimentos. Não obstante tais porcentagens serem, sem dúvida, expressivas, segundo a ANS apenas 9,8% da população paulista estavam cobertos por 'planos odontológicos' em 2007, o que realça a importância estratégica da inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde.

7 | Algumas Palavras sobre o Futuro

A imagem da extração dentária continua sendo a mais freqüentemente associada ao trabalho odontológico, nas mais diferentes formas em que as representações se expressam. Situações relacionadas com esse procedimento, como expressões de dor e sofrimento e, ainda, reações inusitadas na cadeira odontológica, são igualmente freqüentes. A extração sistemática de dentes marca o 'que-fazer' odontológico desde a expansão do consumo do açúcar, assim como as bocas sem dentes e a aparência facial típica que lhes correspondem.

É provável que essa imagem continue associada ao trabalho de dentistas durante muitas décadas, talvez séculos. É provável, também, que dentistas continuem, ainda por muitos anos, fazendo muitas extrações dentárias, sobretudo aqueles que trabalham para populações pobres.

Mas, o que o futuro reserva para os profissionais da odontologia? Como será a prática desses profissionais daqui a cinqüenta anos? Haverá dentistas no século XXIII? E daqui a... dez anos, o que estarão fazendo? Que lugar ocuparão, no fazer odontológico, especialidades que operam nos dias atuais na vanguarda do conhecimento científico e tecnológico – a implantodontia, por exemplo? São perguntas pertinentes, pois se relacionam com a concepção que se tem, em diferentes lugares e países, do que é 'saúde bucal'. E, ademais, é inevitável olhar para o futuro ao abordar problemas contemporâneos.

A engenharia genética nos abrirá, em pouquíssimos anos, horizontes e possibilidades inusitadas, com as quais hoje sequer conseguimos sonhar. A prática de implantar núcleos metálicos na mandíbula e maxilas, que neste início de século mobiliza os interesses das pessoas e dos profissionais da área, estará obsoleta em algumas décadas – ou anos. A implantodontia, a caçula entre as especialidades odontológicas, é também a primeira na lista das que tendem ao desaparecimento. É simplesmente alucinante a velocidade com que a humanidade vem acumulando conhecimento científico e desenvolvendo tecnologia sobre a produção em laboratório de componentes do organismo humano. Dentes, inclusive. Se produzidos a partir de células do próprio paciente, o problema da rejeição será evitado. Não demorará muito para que a tecnologia necessária a essa produção esteja desenvolvida a tal ponto que os procedimentos clínicos de implantes de germes dentários desenvolvidos em laboratório se disseminem por todo o mundo. Tais procedimentos terão impacto avassalador, produzindo uma verdadeira revolução na prática odontológica. Por certo que, nos primeiros momentos, os custos dessas técnicas serão elevadíssimos, mas, com o passar dos anos, tenderão a se igualar ao custo atual dos implantes dentais e, com o desenvolvimento científico-técnico acelerado, o procedimento será acessível para milhões. A odontogênese laboratorial será uma realidade em algumas décadas. Ou em alguns anos?

O ser humano está na iminência de deixar de ser difiodonte para, como os peixes, tornar-se polifiodonte – de modo artificial, sim, mas polifiodonte.

Contudo, para construir a possibilidade de um futuro melhor nesta área, convém identificar alguns desafios postos aos que se ocupam da saúde bucal das populações.

O fundamental, como de resto se coloca para todos os campos da atividade humana, é o desafio do Estado. Em muitos países, a resposta às necessidades de saúde bucal é orientada pelas leis de mercado. Procedimentos cirúrgicos e restauradores são ofertados em ruas de grande circulação por exímios artesãos ou lojas de 'comércio de dentes', sem qualquer regulação pelo Estado. Em outros países, onde a prática atingiu certo grau de profissionalização caracterizado por um padrão organizacional do trabalho especializado, pela dedicação integral de seus membros e pela existência de mecanismos de auto-regulação, critérios de habilitação e autonomia, a resposta pode se apresentar de múltiplas formas, envolvendo organizações particulares e estatais de diferentes tipos sem uma coordenação sistemática.

Na mais radical sociedade liberal do planeta, os Estados Unidos da América, onde não existe um sistema nacional de saúde e sim planos individuais para a prestação de serviços, as despesas com saúde são crescentes e consomem uma das mais altas cifras do produto interno bruto, tornando cada vez mais evidente a exigência por maior racionalidade e controle sobre as imperfeições do mercado, os custos da assistência à saúde, o uso abusivo, inoportuno e inadequado de tecnologia, a desarticulação entre as diferentes unidades de serviços, entre outros.

Em certos países com tradição em políticas de proteção social, a resposta é organizada pelo Estado, por meio de um amplo conjunto de ações e serviços que compõem os sistemas de saúde. Sem considerar as diferentes formas de intervenção do Estado e o padrão de sua atuação na área social, esses sistemas, tanto aqueles em que prevalece a doutrina da seguridade social e da solidariedade entre os cidadãos (Reino Unido, Dinamarca, Itália) como aqueles orientados pelo princípio do seguro social obrigatório e público,

complementado ou não por seguros individuais privados (Alemanha, França, Países Baixos), têm sido historicamente norteados pela busca da universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde. Neles observa-se uma tendência predominante à hierarquização de demandas e necessidades. O direito à consulta é garantido universalmente. O acesso aos serviços especializados e ao hospital, excluindo-se as situações de urgência, obedece a critérios mais restritos e variáveis em cada país.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 registra que a saúde tem relevância pública e que compete ao Estado prover, para todos, as condições de sua promoção, prevenção e recuperação. Para isso, é preciso superar a tradição liberal-privatista que muitas vezes orienta as ações do Estado, abandonar toda forma de patrimonialismo e clientelismo que marcam nossos costumes políticos e, acima de tudo, realizar a defesa da saúde bucal como uma dimensão dos direitos humanos. A evolução dessa política pública resultou de disputas e embates entre diferentes forças sociais no âmbito da sociedade, do Estado e da profissão em particular, alinhadas a orientações políticas distintas. O rumo que essa política irá tomar nos próximos anos dependerá de uma multiplicidade de condições ligadas ao papel do Estado diante das políticas sociais e econômicas e ao alargamento de seu imprescindível controle público.

As ações que reconhecemos como 'práticas de saúde pública' mudaram, acompanhando o progresso científico-tecnológico da humanidade, e foram assumindo diferentes faces e dimensões. Ao longo de séculos, as práticas de saúde pública mantiveram seu caráter de instrumento de poder para controlar indivíduos e fatores que representassem alguma ameaça à ordem econômica

e à reprodução social. E segue assim. Mesmo com o surgimento do Estado moderno, essa característica essencial da saúde pública se manteve e, em certas situações, se acentuou. A emergência do poder burguês, embora reformista, não mudou na essência essa característica.

Entretanto, as revoluções operárias a partir do final do século XIX alargaram, aprofundaram e imprimiram outros sentidos ao papel do Estado, com importantes conseqüências para as ações de saúde pública. As lutas populares por melhores condições de vida e trabalho criaram condições para a aprovação de leis de proteção social e o reconhecimento das ações de saúde pública como dever do Estado. Na esteira dessas conquistas, ocorre a incorporação de práticas assistenciais dirigidas à gestante e à criança cuja finalidade implicaria, em última instância, reconhecer, além das ações coletivas, a assistência individual como um direito social. Assim, a questão central do Estado, nesse aspecto, diz respeito ao aprofundamento dos valores republicanos e dos direitos coletivos, sem que isso signifique redução das liberdades e dos direitos individuais legitimamente conquistados. Da resposta a esse desafio fundamental dependerá o avanço da saúde bucal coletiva como um direito social em nosso país.

Outra barreira a superar se relaciona ao 'conhecimento', em suas múltiplas dimensões. Se é certo que têm importância decisiva os conhecimentos de aplicação nas atividades clínico-cirúrgicas, é igualmente relevante assinalar os conhecimentos mais ligados à compreensão da situação de saúde bucal das populações. Dos genes aos materiais odontológicos e à epidemiologia, todo saber se completa e se complementa, não sendo possível abdicar de nenhuma dessas dimensões. Mas conhecer as condições de saúde bucal das populações tem importância estratégica: é preciso

enfrentar o desafio da produção desses conhecimentos epidemiológicos, freqüentemente negligenciados tanto pelas instituições do Estado quanto por entidades representativas dos profissionais da odontologia. Com a popularização dos processos de computação e a consolidação da rede mundial de computadores, novas perspectivas se abrem para a ampla utilização dessas tecnologias de processamento da informação e para melhorar a qualidade dos dados, permitindo realizar análises inviáveis até passado recente.

A área de 'planejamento e gestão de ações e serviços' de saúde bucal corresponde a outro setor essencial, pois é imprescindível conseguir que instituições públicas e organizações privadas desenvolvam ações – incluindo, sem dúvida, serviços assistenciais – a custos compatíveis com as possibilidades de financiamento de cada comunidade. E que sejam bem planejados e executados, com qualidade e, portanto, eficientes para resolver ou, pelo menos, diminuir a magnitude dos principais problemas da área. O âmbito do planejamento e gestão de ações e serviços de saúde constitui-se em eixo temático estratégico na maioria dos países, mas, lamentavelmente, é muito pequena a ênfase dada a esses assuntos nos programas de ensino e nas atividades de educação profissional permanente. Com isso, perdem as populações que não se beneficiam como deveriam, e merecem, dos avanços obtidos pela odontologia em nível mundial. Parece-nos fundamental, nesse sentido, a produção científica que se ocupe do planejamento e gestão como objeto de conhecimento – incluindo a importantíssima dimensão da avaliação.

A possibilidade de montar adequados sistemas de 'prevenção', combinando métodos preventivos e realizando as ações necessárias, constitui enorme desafio. Deve-se compreender que

sistemas de prevenção apresentam uma base biológica, mas têm outras dimensões, entre as quais o âmbito econômico (os recursos são sempre insuficientes para o atendimento das necessidades) e social, no qual é decisivo construir sociedades democráticas, fundadas no respeito às individualidades, nos direitos humanos e nas garantias de ampla e irrestrita participação dos cidadãos nas decisões sobre as coisas públicas. Em alguns países, as experiências de Conselhos de Saúde vinculados às unidades de saúde e às diferentes esferas do sistema de saúde têm se mostrado muito positivas, sendo de grande importância que dentistas, pelas suas entidades representativas, neles tenham assento e participem ativamente. Somente com ações nas dimensões biológica, econômica e social pode-se falar, efetivamente, em sistemas de prevenção em oposição a ações isoladas, esporádicas e biologistas. O êxito na prevenção da cárie dentária, alcançado ao longo do século XX, deve estimular a ênfase nas práticas de prevenção que atinjam indivíduos e grupos, de modo a evitar ou reduzir o impacto dos principais problemas bucais nas populações, sobretudo as doenças periodontais, a má oclusão, as fendas labiopalatais, o câncer de boca e a fluorose dentária. É indispensável combinar ações de alcance individual com aquelas de abrangência populacional.

O requisito básico para o desenvolvimento eficaz de ações tendentes à 'promoção da saúde' é compreender o sentido necessariamente intersetorial dessas ações e as exigências multidisciplinares envolvidas. Assim, não é possível promover a saúde – inclusive a saúde bucal – com ações apenas no âmbito odontológico, nem mesmo restritas ao setor Saúde (serviços de assistência). As condições e recursos fundamentais para a saúde são paz, proteção, educação, alimentação, ecossistema estável,

recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Obter níveis aceitáveis de saúde para cada comunidade e, se possível, melhorá-los conforme se desenvolvam as ciências e as tecnologias, requer firme atuação relacionada ao conjunto desses princípios básicos. Assim, a promoção da saúde bucal deve ser compreendida como o processo social de produção de condições gerais de vida e de trabalho favoráveis a um desenvolvimento sadio também da boca, compreendida em sua integralidade biológica e social. Operar tais processos é desafio permanente para cada profissional da odontologia e para as entidades profissionais, as instituições do Estado, as organizações não governamentais e os membros de cada comunidade.

O grande número de materiais de uso odontológico hoje disponíveis no mercado e sua utilização no cotidiano profissional dos dentistas vêm colocando, de modo crescente, novos problemas ao controle das condições de trabalho. Mas, além desse âmbito clínico, é também crescente o número de produtos "para a saúde bucal" ou "para a higiene bucal", à disposição das populações em diferentes estabelecimentos, que vão de pequenas farmácias e drogarias às grandes redes de super e hipermercados. Há de tudo, inclusive produtos fluorados. Em países como o Brasil, até gomas de mascar estão sendo vendidas, sem qualquer restrição etária, contendo "flúor para evitar cáries"... Esse cenário é indicativo de que profissionais da odontologia e também as populações não devem ficar expostas a produtos que lhes coloquem em risco a saúde, sendo necessária, para coibir abusos e práticas indevidas, a intervenção dos órgãos do Estado, com base em competente e atualizada legislação. Essa ação da 'vigilância sanitária' deve ser abrangente, para incluir ações sobre meio ambiente (qualidade de água e teor de flúor, p. ex.), produtos

(dentifrícios, p. ex.), clínicas (radiações ionizantes, p. ex.) e o monitoramento e controle da ocorrência de doenças em nível populacional, como se deve fazer com a fluorose dentária, entre outras.

No âmbito dos 'recursos humanos', as temáticas relacionadas ao mercado de trabalho odontológico e aos aspectos quantitativos e qualitativos da formação têm sido – e tudo indica que continuarão a ser – desafios que precisam ser enfrentados tanto pelas entidades profissionais quanto pelas instituições do poder público. De modo geral, os países contam com profissionais especializados, mas, no interior de cada país, salvo exceções raríssimas, continua a haver grandes diferenciais quanto ao acesso em decorrência da pequena oferta e disponibilidade de força de trabalho segundo as necessidades de diferentes grupos populacionais. Nos países da África, Ásia e América Latina, muitas vezes as proporções de dentistas por habitantes variam desde 1:500 nos bairros mais ricos das principais cidades, até 1:20.000 ou 1:30.000 em regiões mais pobres e com populações dispersas (região amazônica na América do Sul, p. ex.), ou em áreas periféricas miseráveis de certas regiões metropolitanas. A baixa intensidade da utilização de pessoal auxiliar odontológico marca as práticas sanitárias da odontologia. Os países de modo geral, e o Brasil em particular, não contam com adequada proporção pessoal auxiliar/pessoal universitário. Isso torna o cuidado odontológico caro e, objetivamente, impede o acesso de muitas pessoas a esses serviços especializados de saúde. Trata-se de empreendimento gigantesco, pois, em última instância, o que está em jogo é a possibilidade de tornar acessíveis a milhões de pessoas em todo o mundo, e também no Brasil, conquistas elementares da ciência odontológica – algumas das quais, como a remoção de tártaro e a restauração dentária, alcançadas desde o

século XIX. Em nosso país, as características epidemiológicas, a magnitude e a qualidade das necessidades das populações nas diferentes regiões no que se refere às ações de atenção à saúde bucal – aí incluídas as atividades assistenciais individuais, tanto as orientadas para o controle da incapacidade bucal quanto as de natureza preventiva – se constituem no referencial básico para enfrentar os problemas e dificuldades relacionados aos recursos humanos odontológicos. Assim, tanto as instituições formadoras quanto as empregadoras de recursos humanos devem orientar suas respectivas missões institucionais para a efetiva implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, imprescindível para a alteração, em abrangência e profundidade, do nosso perfil epidemiológico. Isso implica, certamente, profundas transformações, entre outras, também no sistema brasileiro de formação de recursos humanos odontológicos, tomando-se como referência as indicações contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Não obstante o significativo avanço que representaram, é notória a frouxidão com que o Estado brasileiro vem atuando no setor. A fragilidade das ações para fazer cumprir a regulamentação – e mesmo para melhorar a qualidade das ações reguladoras – tem feito com que, na prática, as mencionadas diretrizes resultem inócuas e prevaleçam critérios ostensivamente mercantis. Essa leniência, de matriz liberal, tem significado a ausência de controle efetivo por parte do Estado, para conforto de alguns empresários do ensino, mais preocupados com a acumulação e reprodução do capital nesse setor do que, propriamente, com educação e saúde.

O conjunto de desafios a serem enfrentados para produzir socialmente a saúde bucal coletiva implica ir muito além das ações que tradicionalmente se colocam aos praticantes da odontologia. Exige desenvolver ações que extrapolam o campo da biologia

humana e os limites da clínica odontológica e requer, sobretudo, ações sociais e protagonismo político. Impõe, em resumo, que se vá além, muito além, dos limites do céu da boca.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

AMARANTE, L. M. *A Odontologia no Contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná*. Curitiba: Sesa, 2006.

ARANTES, R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2003.

BERCHT, S. M. O preventivismo e o câncer de boca: o imobilismo que mata. *Saúde em Debate*, 37: 48-50, 1992.

BOTAZZO, C. *Da Arte Dentária*. São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003 – Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: CNSB/MS, 2004.

CARVALHO, C. L. *Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Rio de Janeiro*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

CHAVES, M. *Manual de Odontologia Sanitária*. São Paulo: Massao Ohno, 1960.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (CNSB), 1, 1986, Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade de Brasília, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (CNSB), 2, 1993, Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (CNSB), 3, 2004, Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA (CNSI), 4, 2006, Rio Quente. *Relatório Final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde-Funasa/MS, 2007.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA BUCAL (CISPB), 1, 2007, Lima. *Declaração de Lima*. Lima: Universidad Cayetano Herédia, 2007.

DINIZ, J. *Contribuição ao Estudo do Sistema Incremental de Atendimento Odontológico de Salvador*, 1987. Tese de Doutorado, Salvador: Universidade Federal da Bahia.

FALLIN, M. D. *et al*. Family-based analysis of MSX1 haplotypes for association with oral clefts. *Genetic Epidemiology*, 25: 167-175, 2003.

FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. WORLD HEALTH ORGANIZATION (FDI-WHO). Global goals for oral health in the year 2000. *International Dental Journal*, 23: 74-77, 1982.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREYRE, G. *Casa-Grande & Senzala*: *formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 36. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

FRIAS, A. C. *et al*. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso: município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. *Cadernos de Saúde Pública* 22(6): 1.237-1.246, 2006.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E. & FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 1.051-1.506, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. *Estimativas de Câncer*. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

KLEIN, H. & PALMER, C. E. Dental caries in American indian children. *Public Health Bulletin*, 239: 1-53, 1937.

KLINGERMAN, J. Apresentação. In: INCA. Ministério da Saúde. *Falando sobre Câncer de Boca*. Rio de Janeiro: Inca, 2002.

MANFREDINI, M. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: CAMPOS, F. C. B. & HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.) *Contra a Maré à Beira-Mar*: *a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MANFREDINI, M. Planejamento em saúde bucal. In: PEREIRA, A. C. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MENDONÇA, T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6): 1.545-1.547, 2001.

MOYSÉS, S. J. Saúde bucal. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *Políticas e Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

NARVAI, P. C. Brasil, 500 anos: país dos banguelas? *Qualidade de Vida*, 2(12): 1-3, 2000.

NARVAI, P. C. & FRAZÃO, P. Saúde bucal coletiva. In: LUIZ, R. R.; COSTA, A. J. L. & NADANOVSKY, P. (Orgs.) *Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Epidemiológica*. São Paulo: Atheneu, 2005.

NARVAI, P. C. *et al*. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniqüidade e exclusão social. *Pan American Journal of Public Health*, 19(6): 385-393, 2006.

NITHILA, A. *et al*. WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. *Bulletin of the World Health Organization*, 76(3): 237-244, 1998.

PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Editora Santos, 2000.

RIBEIRO, M. F. P. & GÓES, P. S. A. Trauma maxilofacial. In: ANTUNES, J. L. F. & PERES, M. A. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. & COSTA, P. A. P. A cárie dentária. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G. & LIMA, K. C. (Orgs.) *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*. Natal: Editora da UFRN, 2004.

SALLES-CUNHA, E. *História da Odontologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Científica, 1963.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES-SP). *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: estado de São Paulo, 1998. Relatório técnico*. São Paulo: FSP/USP-SES-SP, 1999.

SOUZA, E. C. F. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G. & LIMA, K. C. (Orgs.) *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*. Natal: Editora da UFRN, 2004.

VIEIRA, A. R.; ORIOLI, I. M. & CASTILLA, E. E. MSX1 and TGFB3 contribute to clefting in South America. *Journal of Dental Research*, 82(4): 289-292, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva: WHO, 2003.

Sugestões de Leituras

Para interessados em conhecer um pouco mais sobre os diferentes enfoques que a prática odontológica assumiu na segunda metade do século XX no Brasil e a emergência do movimento da saúde bucal coletiva no contexto da Reforma Sanitária em nosso país, recomendamos a leitura de *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*, de Paulo Capel Narvai (Editora Santos, 2002). As fontes documentais e bibliográficas são extremamente úteis a todos que se propõem a aprofundar as relações entre os diferentes enfoques e os principais projetos em disputa pela hegemonia na sociedade brasileira. Por essa, entre outras razões, constitui uma das publicações mais citadas em nosso meio desde a sua primeira edição, em 1994.

Os meandros da constituição do discurso sobre a técnica de tratar os dentes, entre outros elementos que marcam o nascimento da clínica odontológica, podem ser apreciados em *Da Arte Dentária,* de Carlos Botazzo (Hucitec, Fapesp, 2000). Nele, o leitor encontrará alguns dos principais fatores que levaram à separação entre a medicina da boca e a medicina do corpo, e compreenderá o caminho solitário e paralelo trilhado pela odontologia na afirmação de um discurso que procurava delimitar a área de atuação de uma nova profissão no mercado de serviços, e cujas conseqüências, nos últimos anos, tem sido objeto de crítica pela saúde bucal coletiva.

Para compreender como, em nosso contexto, buscam-se restabelecer esses vínculos, recomendamos a leitura de capítulos abordando aspectos de saúde bucal inseridos em três publicações recentes na área da saúde coletiva: *Contra a Maré à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*, coordenada por Florianita Coelho Braga Campos e Cláudio Maierovich P. Henriques (Hucitec, 1997), *Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil*, organizada por Eduardo Freese (EDUFPE, 2006), e *Políticas e Sistemas de Saúde*, editada por Ligia Giovanella e colaboradores (Editora Fiocruz, 2008).

Algumas publicações são obras de referência para a formação de dentistas e dos especialistas da área. A evolução da teoria e da prática da odontologia sanitária como área de especialidade da profissão pode ser conhecida com a leitura dos livros *Odontologia Social*, organizado por Mario Chaves (Labor, 1977); *Saúde Bucal Coletiva*, organizado por Vitor Gomes Pinto (Santos, 2008); *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*, organizado por Antonio Carlos Pereira (ArtMed, 2003); *Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar*, organizado por Maria Angela Fernandes Ferreira, Angelo Giuseppe Roncalli e Kenio Costa Lima (Editora da UFRN, 2004). Sobre os métodos mais recentes para a prevenção das doenças bucais, consultar *Promoção de Saúde Bucal*, organizado por Léo Kriger (Artes Médicas, 2003).

Para os profissionais que atuam em serviços, alguns livros são importantes pela riqueza das práticas e experiências que descrevem e analisam. São eles: *Os Dizeres da Boca em Curitiba: boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis*, organizado por Samuel Jorge Moysés e colaboradores (Cebes, 2002) e *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*, organizado por Simone Tetu Moysés, Léo Kriger e Samuel Jorge Moysés (Artes Médicas, 2008).

A formação de pesquisadores na área ganhou significativo aporte com a publicação das seguintes obras: *Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas*, de Carlos Botazzo e Sérgio Fernando Torres de Freitas (Edusc, 1998); *Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica*, de Ronir Ragio Luiz, Antonio José Leal Costa e Paulo Nadanovsky (Atheneu, 2005); *Epidemiologia da Saúde Bucal*, de José Leopoldo Ferreira Antunes e Marco Aurélio Peres (Guanabara Koogan, 2006).

Grande parte dos dados e informações reunidos neste *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca* foi extraída de fontes documentais e bibliográficas relacionadas nas publicações mencionadas, razão pela qual estendemos nossa dedicatória, pela generosidade e desprendimento, a todos esses pesquisadores que têm contribuído para, produzindo e aprofundando os conhecimentos nesta área, fortalecer as lutas sociais pela saúde bucal como um direito humano fundamental.

Formato: 12,5 x 18 cm
Tipologia: Letter Gothic e Garamond
Papel: Off Set 75g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Engenho e Arte Editoração Gráfica Ltda. (capa)
CTP, impressão e acabamento: Imprinta Express Ltda.
Rio de Janeiro, agosto de 2008

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
http://www.fiocruz.br/editora
e-mail: editora@fiocruz.br